



Health Insurance

Primary Insurance Carrier: _____ Plan: _____

Member ID: _____

This is a follow-up and there is no change in insurance information.
If yes, you do not need to complete below. Just provide signature.

Patient

Patient Name: First: _____ Last: _____

Patient Date of Birth: _____ Gender: _____

Patient Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Subscriber (if different from Patient)

Subscriber Relationship to Patient: _____

Subscriber Name: First: _____ Last: _____

Subscriber Date of Birth: _____ Gender: _____

Subscriber Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Secondary Insurance Carrier: _____ Plan: _____

Member ID: _____

Subscriber Name (if different than Patient): _____

Subscriber Relationship to Patient: _____

Subscriber Date of Birth: _____ Gender: _____

Subscriber Street Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

I hereby acknowledge that should my insurance be inactive at the time of my visit or should I be in a grace period at the time of my services that is later revoked for nonpayment of insurance premiums and my claim for date of services is denied that I am then responsible for my balance with Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center.

Signature: _____ Date: _____

Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center
9035 Sunset Drive Suite 203
Miami FL 33173
Phone: 305-308-0210 Fax: 305-273-2176

Patient Name: _____ (Nombre)
Patient DOB: _____ (Fecha de Nacimiento)
Patient Social Security Number: XXX-XX-____ (Numero de Seguro Social)
Patient Phone that I may be Contacted At: _____
(Telefono para contactarme)
Patient Email that I may be Contacted At: _____
(Email para contactarme)
Emergency contact: Name: _____ Phone Number: _____
Contacto de Emergencia: Nombre: _____ Telefono: _____
Doctor I am seeing today: _____
(Doctor que venir a ver hoy)
Reason for Visit (Condition/ Injury/ Diagnosis): _____
(Razon para visita)
Accident: Yes or No Type of Accident: _____
(Accidente: Si o No) (Tipo de Accidente)
Doctor I am seeing today did Surgery: Yes or No Date: _____
(Doctor que voy a visitar hoy hizo cirugía: si o No) Fecha: _____
Occupation: _____ Employer: _____ Phone: _____
(Profesion) (Empleador) (Telefono)
Height: _____ Weight: _____ Temperature: _____
(Estatura) (Peso) (Temperatura)

Section 5: Patient's Health Conditions (Condiciones de Salud del Paciente)

Dominant Hand? Left/Izquierda Right/Derecha Was this a result of an accident? Yes/Si No
Mano Dominante? Fue esto el resultado de un accidente

Have you seen a physician in the last 6 months? Yes/Si No Automobile/ Work related/ Other/
¿Has visto a un médico en los últimos 6 meses? Automóvil Relacionado al trabajo Otro

If yes, name of physician and what condition you were treated for: En caso afirmativo, nombre del médico y qué condición le trató:

Physician's Name: _____ Condition: _____
Nombre de Médico Condición

- Allergies: None Aspirin Codeine Iodine Morphine Penicillin Sulfa Versed Valium
Alergias: Ningun Aspirina Codeina Iodo Morfina Penicilina Sulfa Versed Valium
 Other / Otro _____

Section 6: Current Medications (Medicamentos Actuales)

Please list any prescription or over the counter medications you are currently taking on the lines below:
Por favor indique cualquier prescripción o medicamentos de venta libre que está tomando actualmente en las líneas de abajo:

Section 7: Past or Present Medical Problems (*Problemas Médicos Pasados o Presentes*)

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Chronic Sinusitis /
<i>Sinusitis Crónica</i> | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Gallstones /
<i>Cálculos Biliares</i> |
| <input type="checkbox"/> Arthritis / <i>Artritis</i> | <input type="checkbox"/> Cirrhosis of Liver /
<i>Cirrosis del Hígado</i> | <input type="checkbox"/> Diverticulitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Asthma / <i>Asma</i> | <input type="checkbox"/> Colon Cancer /
<i>Cáncer de Colon</i> | <input type="checkbox"/> Ear Infections /
<i>Infecciones de Oído</i> | <input type="checkbox"/> Gonorrhea / <i>Gonorrea</i> |
| <input type="checkbox"/> Cancer / <i>Cáncer</i> | <input type="checkbox"/> Colon Polyps /
<i>Pólipos de Colon</i> | <input type="checkbox"/> Emphysema /
<i>Enfisema</i> | <input type="checkbox"/> Gout / <i>Gota</i> |
| <input type="checkbox"/> Cataracts / <i>Cataratas</i> | <input type="checkbox"/> Crohn's Disease /
<i>Enfermedad de Crohn</i> | <input type="checkbox"/> Fatty Liver /
<i>Hígado Graso</i> | <input type="checkbox"/> Groin Hernia /
<i>Hernia de la Ingle</i> |
| <input type="checkbox"/> Chronic Anxiety /
<i>Ansiedad Crónica</i> | <input type="checkbox"/> Depression / <i>Depresión</i> | <input type="checkbox"/> Frequent Urinary Infections
<i>/Infecciones urinarias</i> | <input type="checkbox"/> Heart Attack /
<i>Ataque al Corazón</i> |
| <input type="checkbox"/> Chronic Cough /
<i>Tos Crónica</i> | | <input type="checkbox"/> Fatty Liver / <i>Hígado Grasa</i> | <input type="checkbox"/> Heart Murmur /
<i>Soplo Cardíaco</i> |
| <input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease
<i>Enfermedad Pulmonar Crónica</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Kidney Disease – Failure /
<i>Enfermedad Renal – Fallo</i> | <input type="checkbox"/> Pancreatitis | <input type="checkbox"/> Skin Cancer /
<i>Cáncer de la Piel</i> |
| <input type="checkbox"/> Hiatal Hernia /
<i>Hernia de Hiato</i> | <input type="checkbox"/> Kidney Infection /
<i>Infección Renal</i> | <input type="checkbox"/> Paralysis / <i>Parálisis</i> | <input type="checkbox"/> Stomach-Duodenal Ulcer
<i>Úlcera Duodenal de</i> |
| <input type="checkbox"/> High Blood Pressure /
<i>Presión Arterial Alta</i> | <input type="checkbox"/> Kidney Stones /
<i>Piedras en el Riñon</i> | <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease /
<i>Enfermedad de Parkinson</i> | <i>Estómago</i> |
| <input type="checkbox"/> High Cholesterol /
<i>Colesterol Alto</i> | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Phlebitis | <input type="checkbox"/> Stroke / <i>Infarto</i> |
| <input type="checkbox"/> High Triglycerides /
<i>Triglicéridos Altos</i> | <input type="checkbox"/> Migranes / <i>Migrañas</i> | <input type="checkbox"/> Pneumonia / <i>Neumonía</i> | <input type="checkbox"/> Syphilis / <i>Sífilis</i> |
| <input type="checkbox"/> Iritis | <input type="checkbox"/> Milk Intolerance /
<i>Intolerancia a la Leche</i> | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> TB (Tuberculosis) |
| <input type="checkbox"/> Irregular Heart Beat /
<i>Latidos Cardíacos Irregulares</i> | <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis /
<i>Esclerosis Múltiple</i> | <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> TB Skin Test Positive /
<i>Prueba Cutánea (Piel) de</i> |
| <input type="checkbox"/> Irritable Bowel Syndrome/
<i>Síndrome de Intestino Irritable</i> | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Reflux / <i>Reflujo</i> | <i>TB Positiva</i> |
| | <input type="checkbox"/> Ovarian Cyst /
<i>Quiste en el Ovario</i> | <input type="checkbox"/> Rheumatic Fever /
<i>Fiebre Reumática</i> | <input type="checkbox"/> Thyroid Disease /
<i>Enfermedad de Tiroides</i> |
| | | <input type="checkbox"/> Sciatica / <i>Ciática</i> | |
| | | <input type="checkbox"/> Sexually Transmitted
Disease / <i>Enfermedad de</i> | |
| | | <i>Transmisión Sexual</i> | |

Social History / Marital Status – *Historia Social / Estado Civil*

- | | | | | |
|---|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Divorced
<i>Divorciado(a)</i> | <input type="checkbox"/> Married
<i>Casado(a)</i> | <input type="checkbox"/> Separated
<i>Separado(a)</i> | <input type="checkbox"/> Single
<i>Soltero(a)</i> | <input type="checkbox"/> Widowed
<i>Viudo(a)</i> |
|---|--|--|--|---|

Social History / Recreational Drugs – *Historia Social / Drogas Recreativas*

- I have never used recreational drugs / *Nunca he usado drogas recreativas*
- I have used recreational drugs in the past / *He utilizado drogas recreativas en el pasado*
- I am currently using recreational drugs / *Actualmente estoy usando drogas recreativas*
- I have been treated for substance abuse / *He sido tratado(a) por abuso de sustancias*

Social History / Alcohol – *Historia Social / Alcohol*

- | | | | | | |
|--|--|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Never
<i>Nunca</i> | <input type="checkbox"/> Rarely
<i>Rara vez</i> | <input type="checkbox"/> Daily
<i>Diario</i> | <input type="checkbox"/> More than 2 days / week
<i>Más de 2 días / semana</i> | <input type="checkbox"/> Less than 2 days / week
<i>Menos de 2 días / semana</i> | <input type="checkbox"/> I quit using alcohol
<i>Dejé de usar alcohol</i> |
|--|--|---|---|---|--|

Social History / Tobacco – *Historia Social / Tabaco*

Social History / Hobbies – *Historia Social / Pasatiempos*

Patient's hobbies: / *Pasatiempos del Paciente:* _____

Section 8: Other Conditions (*Otras Condiciones*)

Musculoskeletal:

Músculo Esquelético:

- None / *Ninguno*
- Back Pain /
Dolor de Espalda
- Broken Bones /
Huesos Rotos
- Chronic Stiff Joints /
Rigidez Crónica en las
Articulaciones
- Disc Problems /
Problemas de Disco
- Swollen Joints /
Articulaciones Inflamadas
- Other / *Otro* _____

Cardiovascular:

- None / *Ninguno*
- Abnormal EKG /
Electrocardiograma
Anormal
- Angina-Chest Pain with
Activity / *Angina – Dolor*
en el Pecho con Actividad
- Enlarged Heart /
Agrandamiento del
Corazón
- Pain in Legs when walking /
Dolor en las Piernas
Cuando Camina
- Shortness of breath /
Dificultad para Respirar
- Swelling in the Legs /
Hinchazón en las Piernas
- Varicose Veins /
Venas Varicosas
- Other / *Otro* _____

Genitourinary:

- ##### *Genitourinario:*
- None – *Ninguno*
 - Blood in Urine /
Sangre en la Orina
 - Change in Urinary
Frequency / *Cambio en la*
Frecuencia Urinaria
 - Other / *Otro* _____

Neurological:

Neurologico:

- None / *Ninguno*
- Chronic Numbness-Tingling
Entumecimiento Crónico -
Hormigueo
- Dizziness – Lightheaded /
Vértigo – Mareo
- Headaches /
Dolor de Cabeza
- Weakness in Arms /
Debilidad en los Brazos
- Weakness in Legs /
Debilidad en las Piernas
- Other / *Otro* _____

Gastrointestinal:

- None / *Ninguno*
- Abdominal Pain /
Dolor Abdominal
- Bloating /
Distension Abdominal
- Blood in Stool /
Sangre en Heces Fecales
- Constipation / *Extrñimiento*
- Diarrhea / *Diarrea*
- Heartburn /
Ardor de Estómago
- Jaundice / *Ictericia*
- Nausea – Vomiting /
Náusea – Vomitos
- Poor Appetite /
Falta de Apetito
- Trouble Swallowing /
Dificultad para Tragar
- Other / *Otro* _____

Psychiatric: *Psiquiátrico:*

- None / *Ninguno*
- Abnormal Sleep /
Sueño Anormal
- Anxiety / *Ansiedad*
- Emotional Problems /
Problemas Emocionales
- Memory Loss- Conclusion
Pérdida de la Memoria -
Conclusión
- Nervous Breakdown /
Ataque de Nervios

Endocrine:

Endocrino:

- None / *Ninguno*
- Abnormal Growth –
Loss of Hair /
Crecimiento Anormal –
Pérdida de Pelo
- Excess Thirst /
Sed Excesiva
- Goiter / *Bocio*
- Hot Flashes /
Oleajes de calor
- Other / *Otro* _____

Ears, Nose and Throat:

Oidos, Nariz y Garganta:

- None / *Ninguno*
- Bleeding Gums /
Sangrado de las Encias
- Chronic Sinus /
Sinusitis Crónica
- Hearing Loss /
Pérdida de Audición
- Hoarseness / *Ronquera*
- Mouth Sores /
Llagas en la Boca
- Nose Bleeds /
Sangrado Nasal
- Ringing in Ears /
Zumbido en los Oidos
- Other / *Otro* _____

Eyes: *Ojos:*

- None / *Ninguno*
- Blindness / *Ceguera*
- Change in Vision /
Cambio en la Visión
- Inflammation / *Inflamación*
- Poor Vision /
Visión Deficiente
- Other / *Otro* _____

Respiratory: *Respiratorio:*

- None / *Ninguno*
- Chronic Cough /
Tos Crónica
- Cough Up Blood/Tos Sangre

Hematologic:

Hematológico:

- None / *Ninguno*
- Bleeding doesn't stop easily
/ Hemorragia no se
detiene facilmente
- Enlarged Glands /
Agrandamiento de
las Glándulas
- Frequent Bruising /
Moretones Frecuentes
- Thrombosis-Blood Clots /
Trombosis-Coágulos
- Transfusion / *Transfusión*
- Other / *Otro* _____

Immunizations:

Vacunas:

- None / *Ninguno*
- Flu
- Hepatitis A
- Hepatitis B
- Pneumonia
- Tetanus / *Tétano*
- Other / *Otro* _____

Constitutional:

Constitucional:

- None / *Ninguno*
- Chills / *Escalofrios*
- Fatigue / *Fatiga*
- Fever / *Fiebre*
- Night Sweats /
Sudores Nocturnos
- Poor Appetite /
Falta de Apetito
- Sweats / *Sudores*
- Weight Gain /
Aumento de Peso
- Weight Loss /
Pérdida de Peso
- Weight Stable /
Peso Estable
- Other / *Otro* _____

Cirugías – Hospitalizaciones – Procedimientos:

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> None / Ninguno | <input type="checkbox"/> Colonoscopy /
Colonoscopia | <input type="checkbox"/> Joint Replacement /
Reemplazo de Articulación | <input type="checkbox"/> Tonsillectomy /
Amigdalectomía |
| <input type="checkbox"/> Breast / Senos | <input type="checkbox"/> Gallbladder Surgery /
Cirugía de Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Trauma | <input type="checkbox"/> Other / Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Cardiac Surgery /
Cirugía Cardíaca | | <input type="checkbox"/> Thyroid / Tiroides | |

Surgical History: (Indicate Surgery and Date)
Historia Quirúrgica: (Indicar Cirugía y Fecha)

Surgery / Cirugía:

Date / Fecha:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
<input type="checkbox"/> Other / Otro _____	_____

Family History: (Have your parents or siblings had the following diseases?)
Historia de la Familia: (¿Tuvieron tus padres o hermanos las siguientes enfermedades?)

- | | | | | | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|--|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Stroke / Headache / Seizure
Infarto / Dolor de Cabeza / Convulsión | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| <input type="checkbox"/> Emphysema / Enfisema | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| <input type="checkbox"/> Heart Condition / Hypertension
Condición del Corazón / Hipertensión | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| <input type="checkbox"/> Cancer / Cáncer | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |
| <input type="checkbox"/> Thyroid Disease / Enfermedad de las Tiroides | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No | <input type="checkbox"/> Father
Padre | <input type="checkbox"/> Mother
Madre | <input type="checkbox"/> Sibling
Hermano(a) | <input type="checkbox"/> Yes
Sí | <input type="checkbox"/> No
No |

Specify Diseases
Especificar Enfermedades



Name: _____ Nombre
 Phone: _____ Telefono
 Email: _____ Email

HIPAA OMNIBUS RULE AND MEDICAL RECORD RELEASE Comunicado de Registro Medico y de la Regla General de HIPAA

The undersigned acknowledges availability of a copy of currently effective Notice of Privacy Practices for Miki & Alfonso Hand and Upper Extremity Center. A copy of this signed, dated document shall be as effective as the original. MY SIGNATURE WILL ALSO SERVE AS A FULL RELEASE OF ANY PERSONAL HEALTH INFORMATION TO OTHER HEALTHCARE PROVIDERS INVOLVED IN MY HEALTHCARE IN THE FUTURE. MY SIGNATURE BELOW ALSO SERVES AS A CONSENT AND RELEASE OF ANY/ALL MY MEDICAL RECORDS TO MY PRIMARY CARE PHYSICIAN AND ANY OTHER HEALTHCARE PROVIDERS INVOLVED IN MY CARE.

El abajo firmante reconoce una copia del Aviso de Prácticas Privacidad para Miki & Alfonso Hand and Upper Extremity Center. Una copia de este documento firmado y fechado será tan eficaz como el original. MI FIRMA TAMBIÉN SERVIRÁ COMO UN DOCUMENTO COMPLETO DE MI INFORMACION DE SALUD PERSONAL A OTROS PROVEEDORES DE SALUD EN EL FUTURO Y TAMBIEN SERVIRA COMO UN DOCUMENTO COMPLETO PARA DAR TODOS MIS NOTAS MEDICOS A MI DOCTOR PRINCIPIO O CUALQUIER PROVEEDOR MEDICO INVOLUCRADO EN MI CUIDADO.

Signature: _____ Date: _____
 (Firma) (Fecha)
 Legal Representative: _____ Under 18 years must be accompanied by parent/legal guardian.
 (Padre/Representante Legal) Menos de 18 anos necesita padre o guardian legal.

PAYMENT AUTHORIZATION Autorización de pago

The undersigned authorizes payments directly to Miki & Alfonso Hand and Upper Extremity Center for medical benefits due to me from my insurance company or the party financially responsible for my treatment at Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity. I authorize the release of any medical information necessary to process claims.

El abajo firmante autoriza los pagos medicos del seguro se hacen directamente al Miki & Alfonso Hand and Upper Extremity Center y autoriza que se adquiera la información medica necesaria para procesar transmites del pago.

Signature: _____ Date: _____
 (Firma) (Fecha)
 Legal Representative: _____ Under 18 years must be accompanied by parent/legal guardian.
 (Padre/Representante Legal) Menos de 18 anos necesita padre o guardian legal.

PATIENT RESPONSIBILITY Responsabilidad de Paciente

As a patient, I understand that it is my responsibility to be an active participant in my care. I understand that for the best outcome, it is my responsibility to follow the instructions of my doctor regarding my treatment and not to deviate from the plan laid out for me at my visit. I also understand that it is my responsibility to complete any tests that have been ordered, obtain the results for these tests, schedule a follow-up appointment to see my doctor, and bring with me my results to be discussed with my doctor at the time of my follow-up appointment. As a patient, I understand that it is my responsibility to be familiar with my insurance plan and its requirements. I understand that should my insurance require an authorization/referral for me to see the doctor that it is my responsibility to obtain that

As a patient, I understand that it is my responsibility to pay for my office visit and any in-office procedures. I understand that if I have a deductible, copay or coinsurance, I will be required to pay for any in-office treatment (i.e. anything done during the appointment, including but not limited to any treatment and xrays) that occur during my appointment at the end of my appointment. I understand that I have the right to ask my doctor or his staff how much any in-office procedures will cost and acknowledge that if I have an in-office procedure I am consenting to pay for the procedure at the conclusion of the appointment at the checkout desk before leaving the office. I also agree to pay a \$15 late fee should my balance be 60 days past due.

Como paciente, entiendo que es mi responsabilidad de ser un participante activo en el cuidado de mí. Yo entiendo que para el mejor resultado, tengo que seguir las instrucciones de mi médico con respecto a mi tratamiento y no se desvían del plan trazado para mí en mi visita.

Yo también entiendo que es mi responsabilidad completar las pruebas que han sido ordenadas, obtener el resultado de estas pruebas, hacer una cita de seguimiento para ver a mi médico y llevar conmigo mis resultados a discutir con mi médico a la hora.

Como un paciente, entiendo que es mi responsabilidad estar familiarizado con mi plan de seguro y sus requisitos. Entiendo que si por mi seguro es necesario una autorización/referido para ver a un doctor es mi responsabilidad obtener eso referido o autorización especial y presentarlo cuando llego a mi cita o que no puedo ser visto por el médico.

Como un paciente, entiendo que es mi responsabilidad pagar por mi consulta y los procedimientos en la oficina. Entiendo que si tengo un deducible o copago o coseguros, deberán pagar los procedimientos (incluyendo pero no limitado a xrays y cualquier tratamiento en la oficina durante mi cita) al final de mi cita. Entiendo que tengo derecho a pedir a mi médico o su personal cuánto costará y reconoce que al aceptar un procedimiento en la oficina yo estoy también de acuerdo para pagar los procedimientos a la conclusión de la cita antes de irme. Estoy de acuerdo en pagar un cargo por demora de \$15 si mi saldo esta vencido a 60 días.

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

Legal Representative: _____ Under 18 years must be accompanied by parent/legal guardian.
(Padre/Representante Legal) Menos de 18 años necesita padre o guardian legal.

COMMUNICATION WITH MIKI AND ALFONSO HAND AND UPPER EXTREMITY CENTER

I give permission for Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center to contact me through the email I provided and through the phone number (call/text) I provided with information/details regarding my appointment. I understand that email and text may be insecure.

Doy permiso a Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center para contactarme a traves del correo electronico con informacion/detalles sobre mi cita. Entiendo que el correo electronico y el texto pueden ser inseguros.

Signature: _____ Date: _____
{Firma} {Fecha}

PATIENT PORTAL

I give permission for Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center to set up a secure patient portal for me with the email I provided, My patient portal will allow me to see my appointments and other information relevant to my care.

Doy permiso para Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center para hacer un portal de pacientes seguro para mí con mi correo electronico. Mi portal me permitira ver mis citas y otra información relevante para mi cuidado.

Signature: _____ Date: _____
{Firma} {Fecha}



Continuity of Care

Name: _____

DOB: _____

To help us make sure we provide you with the highest quality of care, please complete the form below allowing us to communicate with your physicians and your pharmacy.

Referring Physician

Name: _____

Phone: _____

Primary Care Physician

Name: _____

Phone: _____

Pharmacy

Name: _____

Location: _____

Phone: _____

I give consent for any of the above listed physicians and pharmacies to receive information regarding my medical needs and treatment.

Signature: _____

Date: _____

Miki and Alfonso Hand and Upper Extremity Center
9035 Sunset Drive Suite 203
Miami FL 33173
Phone: 305-308-0210 Fax: 305-273-2176