



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
EMILIO J. GOMEZ, M.D.
FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
DAVID M. TRUEBA, M.D.
BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
JUAN E. KUSNIR, M.D.
MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
YAINET VALLE, PA-C

BIENVENIDOS A NUESTRA OFICINA

www.kidneydoctorsofmiami.com

1. Hay **9** paginas para completar. **Por Favor use letra de molde y firme todas las paginas**
2. Por favor incluya su correo electronico, para acceder a su “Patient Portal”
3. Por favor incluya 2 numeros telefonicos para comunicarle sus resultados
4. Por favor tenga su Foto de Identificacion y su Tarjeta de Seguro listo- **sin esto no lo podemos ver.**
5. **Si su seguro lo requiere, por favor tenga su Referido listo** – Es la responsabilidad del paciente traer su referido. Si no lo tenemos por favor llame a su medico primario para que no los envíen por Fax 305-273-9385, no lo podemos ver sin esto o hasta que se reciba.
6. Sus Co-pagos, Deducibles, o balances no pagos por su seguro, tienen que ser abonados el día de su cita. Lo sentimos, pero no podemos enviar estados de cuentas por correo, esto tiene que ser abonado el día de su cita. Gracias
7. Favor traer resultados de laboratorios y/o ultrasonidos, y la listas de sus medicamentos y de sus medicos.



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
EMILIO J. GOMEZ, M.D.
FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
DAVID M. TRUEBA, M.D.
BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
JUAN E. KUSNIR, M.D.
MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
YAINET VALLE, PA-C

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____

ÁREA POSTAL: _____ TELÉFONO: _____ CELULAR: _____

SS # (ULTIMOS 4 NUMEROS): XXX-XX _____ SEXO: _____ IDIOMA PRINCIPAL _____

CORREO ELECTRONICO: _____

CONTACTO DE PREFERENCIA: [] TELEFONO DE CASA [] TELEFONO CELULAR [] CORREO ELECTRONICO

ESTADO CIVIL: _____ RAZA: _____ ORIGEN ÉTNICO: _____

EMPLEADOR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: _____ RELACION: _____ TELEFONO: _____

¿SE HA CONSULTADO ANTERIORMENTE EN NUESTRA OFICINA? _____

¿QUÉ DOCTOR LO REFIRIO A NUESTRA OFICINA? _____

DOCTOR PRIMARIO: NOMBRE: _____ TELEFONO: _____

COMPAÑÍA DE SEGURO PRIMARIA: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCION: _____

PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO _____

COMPAÑÍA DE SEGURO SECUNDARIA: _____

TELÉFONO: _____

DIRECCION: _____

PÓLIZA: _____

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO _____

Yo autorizo que Nephrology Associates of South Miami, P.A..., reciban pagos por mis servicios médicos y entiendo que soy responsable por los gastos no cubiertos por mi seguro. Yo también autorizo que se le mande cualquier información médica necesaria a mi seguro.

Firma: _____ Fecha: _____

Paciente o Persona Responsable



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
EMILIO J. GOMEZ, M.D.
FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
DAVID M. TRUEBA, M.D.
BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
JUAN E. KUSNIR, M.D.
MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
YAINET VALLE, PA-C

1. ASIGNACION DE BENEFICIOS MEDICOS

Yo autorizo que Nephrology Associates of South Miami PA, reciban pagos por los servicios medicos y entiendo que soy responsable por los gastos no cubiertos por mi Seguro. Tambien autorizo que se le mande cualquier informacion medica necesaria a mi seguro medico o mis medicos para que puedan procesar y pagar mis cuentas.

2. CONSENTIMIENTO PARA FOTOGRAFIA

Yo autorizo a Nephrology Associates of South Miami P.A., que tome mi fotografia para utilizarla unicamente como metodo de identificacion en mi expediente medico.

3. CONSENTIMIENTO PARA INFORME DE MEDICINAS

Yo autorizo a Nephrology Associates of South Miami P.A., que pueden importar mi historial de medicinas automaticamente de "Pharmacy Benefits Manager" para utilizarlo como parte de mi expediente medico.

4. LABORATORIOS y ESTUDIOS ORDENADOS "ABN"

Yo e sido informado que mi medico pueda ser que me ordene laboratorios o estudios diagnosticos que no sean cubiertos por mi seguro medico y que pueda ser que Quest, Lab-Corp, y los centros Ambulatorios me den una "Notificacion Previa de No-Cobertura al Beneficiario (ABN) para firmar. **Yo entiendo que mi medico NO se hace responsable por estos cargos de estudios no cubiertos por mi seguro medico.**

5. CONSENTIMIENTO PARA HABLAR CON SU FAMILIAR

Yo autorizo a Nephrology Associates of South Miami, P.A. que se comuniquen con el siguiente miembro de mi familia con cualquier informacion medica sobre mi salud o tratamiento medico,

- Nombre del Familiar: _____
- Relacion al Paciente: _____
- Telefono del Familiar: _____

Nombre: _____ Relacion si no es el paciente: _____

FIRMA DE PACIENTE ⊗ _____ **Fecha:** _____

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

INFORMACIÓN DEL PACIENTE	
Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:
No. De Seguro Social:	No. De Teléfono:
Dirección:	
PROPORCIONAR A	
Yo autorizo a NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A. ; a proporcionar la información de salud como se indica a continuación: a ser liberada	
Y para propósito de formas alternas de comunicación confidencial el uso de la siguiente dirección de correo electrónico:	
Nombre De Persona/Organización:	
Dirección:	
No. De Teléfono:	Correo Electrónico:
Fechas De Record Médico Proporsionadas:	
<p>NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A., (NASM) Ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico. Transmitir información vía correo electrónico tiene numeroso riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. NASM usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico. De todas formas, NASM no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.</p> <p>Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico yo consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.</p>	
PROPOSITO DE ENTREGA	
<input type="checkbox"/> Continuidad De La Atención	<input type="checkbox"/> Legal
<input type="checkbox"/> Seguro	<input type="checkbox"/> Otros Propósitos <i>(especifique aquí)</i>
<input type="checkbox"/> Uso Personal	
INFORMACIÓN A SER RELEVADA	
<input type="checkbox"/> Record Medico Completo	<input type="checkbox"/> Reportes De Operativo
<input type="checkbox"/> Reportes De Radiología	<input type="checkbox"/> Reportes De Patología
<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Otro <i>(especifique aquí)</i>	
AUTORIZACIONES ESPECIFICAS	
La siguiente información no puede ser relevada sin la especifica autorización dada marcando las casilla(s) siguientes:	
<input type="checkbox"/> Abuso o Tratamiento De Droga/Alcohol	<input type="checkbox"/> Información De Pruebas Genéticas
<input type="checkbox"/> Resultados o Diagnósticos De VIH/SIDA, Enfermedades De Trasmisión Sexual	<input type="checkbox"/> Tratamientos De Salud Mental o Notas De Psicoterapia <i>(Relevar Notas De Psicoterapia requiere una autorización por separado)</i>
Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento excepto cuando la acción ya ha sido tomada. Esta autorización y consentimiento vencerá a un año de la firma del presente formulario. Su cuidado de salud (o pagos por el mismo) no podrán ser afectados firme o no esta autorización. Una vez que su información sea entregada, la misma ya no estará resguardada por las leyes.)	
Firma De Paciente: <i>(Guardián/Representante Legal)</i>	Fecha:
Nombre: <i>(Letra De Molde)</i>	Relación Si No Es El Paciente:
**Si no es la firma del paciente, una copia del documento legal verificando que es el representante del paciente tiene que ser acompañada con este formulario.	

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HEALTH INFORMATION FROM OTHER HEALTHCARE FACILITIES

PATIENT INFORMATION

Patient Name:	Date of Birth:
Social Security No:	Telephone No:
Address:	

REQUEST TO

Name of Healthcare Facility from which Records are Requested:	
Telephone No.:	Fax No.:
Address:	
Dates of Treatment Requested:	Reason For Disclosure:

I hereby authorize **NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.**; to obtain the health information indicated below **AND** for the purpose of alternative means of confidential communication the use of their email address. **NASM** offers patients the opportunity to communicate by email. Transmitting patient information by email has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email for these purposes. **NASM** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email information sent and received. However, **NASM** cannot guarantee the security and confidentiality of email communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information. I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication via email and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

Mail Information To: NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.	Address: 9193 SUNSET DRIVE STE 200 MIAMI, FL 33173
Or Fax To: 305-273-9388/305-273-9385	Email: info@kidneydoctorsofmiami.com

INFORMATION TO BE RELEASED

<input type="checkbox"/> Complete Medical Record	<input type="checkbox"/> Operative Reports
<input type="checkbox"/> Radiology Reports	<input type="checkbox"/> Pathology Reports
<input type="checkbox"/> Lab Reports	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Other (please specify)	

SPECIFIC AUTHORIZATIONS

The Following Information will not be released unless you specifically authorize it by marking the relevant box(es) below:

<input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Abuse or Treatment	<input type="checkbox"/> Genetic Testing Information
<input type="checkbox"/> HIV/AIDS, Sexually Transmitted Disease (STD) Test Results or Diagnoses	<input type="checkbox"/> Mental Health Treatment or Psychotherapy Notes <i>(The release of Psychotherapy Notes require a separate authorization)</i>

This consent is subject to revocation at any time except to the extent the action has been taken thereon. This authorization and consent will expire one year from the date of authorization written below. Your health care (or payment for care) will not be affected by whether or not you sign this authorization. Once your health care information is released, redisclosure of your healthcare information by the recipient may no longer be protected by law.

Patient Signature: <i>(Guardian/Legal Representative)</i>	Date Signed:
Print Name: <i>(Please Print)</i>	Relationship If Other Than Patient:

****If other than the patient's signature, a copy of legal paperwork verifying the patient's personal representative *MUST* accompany the request (i.e., court appointed guardian, durable power of attorney for health care). For a deceased patient: A death certificate coupled with executor or administrator of estate paperwork must accompany authorization. Exception: parent signing for patient under the age of 18. **For a deceased patient, a court entry or order appointing a fiduciary, executor, or administrator or letters of appointment received from Probate Court must accompany an authorization signed by the named individual. If the estate has not been probated, a death certificate is required coupled with the documents naming the administrator or executor of the estate.**

HIPAA – PATIENT CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI) ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

*HIPAA – CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA USAR Y COMPARTIR INFORMACION PERSONAL DE SALUD Y CONFIRMACION DE RECIBO DE LA NOTA DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

I acknowledge that I have been provided with **NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.**, “Notice of Privacy Practices”, and I am giving my consent for the use and disclosure of Protect Health Information as required and / or permitted by law.

Confirmo que se me ha proveído con la “Nota De Practicas De Privacidad” de **NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A., y doy mi consentimiento para usar y compartir Información Personal De Salud como lo permita y/o requiera la ley.*

Patient Name: *(please print)*

**Nombre Del Paciente: (nombre en letra de molde por favor)*

Patient Signature *(or legal representative; proof may be requested)*

**Firma Del Paciente: (o representante legal; prueba puede ser requerida)*

Date:

**Fecha:*

EMAIL/TEXT MESSAGE TO MOBILE PHONE CONSENT FORM

*CONSENTIMIENTO DE CORREO ELECTRONICO/MENSAJES DE TEXTO A MOVIL

Purpose: This form is used to obtain your consent to communicate with you by email/mobile text messaging regarding your Protected Health Information. **NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.**, (**NASM**) offers patients the opportunity to communicate by email/mobile text messaging. Transmitting patient information by email/mobile text messaging has a number of risks that patients should consider before granting consent to use email/mobile text messaging for these purposes. **NASM** will use reasonable means to protect the security and confidentiality of email/mobile text messaging information sent and received. However, **NASM** cannot guarantee the security and confidentiality of email/mobile text messaging communication and will not be liable for inadvertent disclosure of confidential information.

I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with communication of email/mobile text messaging between **NASM** and I, and consent to the conditions outlined herein. Any questions I may have had were answered.

***Propósito:** Esta forma es usada como consentimiento de usted para comunicarnos vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil en referencia a su Información de Salud Protegida. **NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.**, (**NASM**) ofrece a sus pacientes la oportunidad de comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. Transmitir información vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil tiene numerosos riesgos que el paciente debe considerar antes de otorgarnos este consentimiento para estos propósitos. **NASM** usara formas razonables de proteger confidencial y seguro la información mandada a usted vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil. De todas formas, **NASM** no podrá garantizarle proteger confidencial y seguro la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil y no será en ninguna forma responsable si esta información confidencial es usada inadvertidamente por otros.

Yo comprendo haber leído y completamente entendido el consentimiento de esta forma. Yo comprendo los riesgos asociados con la comunicación vía correo electrónico/mensaje de texto a móvil entre **NASM** y yo, y consiento a las condiciones que me han sido dadas. Cualquier pregunta que yo haya tenido me a sido respondida.

Patient Acknowledgment & Agreement / *Reconocimiento y Acuerdo del Paciente

My Consented Email Address is:

**Mi Correo Electrónico Consentido Es:*

My Consented Mobile Number For Text Messaging is:

**Mi Numero Móvil Para Mensaje De Texto Consentido Es:*

Patient Signature:

**Firma del Paciente*

Date:

**Fecha*

IN CASE OF EMERGENCY: Please call 911 or proceed to the nearest emergency room. Do not use this way of communication for that purpose.
***EN CASO DE EMERGENCIA:** Por favor llame al 911 or proceda al centro de emergencia mas cercano. No use esta forma de comunicación para este propósito.



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
EMILIO J. GOMEZ, M.D.
FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
DAVID M. TRUEBA, M.D.
BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
JUAN E. KUSNIR, M.D.
MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
YAINET VALLE, PA-C

HISTORIAL MEDICO

NOMBRE: _____ **FECHA:** _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Estado Civil: _____

Síntomas: _____

ALERGIAS: _____

MEDICAMENTOS:

Nombre:	Dosis:	Indicación:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HOSPITALIZACIONES

<u>AÑO</u>	<u>RAZÓN</u>	<u>HOSPITAL</u>	<u>DOCTOR</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

CIRUGÍAS:

<u>AÑO</u>	<u>TIPO DE CIRUGÍA:</u>
_____	_____
_____	_____



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
EMILIO J. GOMEZ, M.D.
FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
DAVID M. TRUEBA, M.D.
BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
JUAN E. KUSNIR, M.D.
MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
YAINET VALLE, PA-C

Nombre: _____ **Fecha De Nacimiento:** _____

Historia Familiar

Miembro de Familia

- Enfermedades del Corazón [] _____
- Presión Alta [] _____
- DIABETES** [] _____
- Accidente Cerebro vascular [] _____
- Problemas en los Riñones [] _____
- Piedras en los Riñones [] _____
- Hepatitis o Problemas del Hígado [] _____
- Neumonía [] _____
- Problemas de los Nervios [] _____
- Tuberculosis [] _____
- Inflamación de los Pulmones [] _____
- Artritis [] _____
- Cáncer [] _____
- Problemas de Coagulación [] _____

Padre [] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

Madre [] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

Hermanos # _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

Hermanas # _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

Hijos # _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____

[] Fallecido - Edad ___ Causa de Muerte _____



NEPHROLOGY ASSOCIATES OF SOUTH MIAMI, P.A.

JORGE C. BUSSE, M.D., F.A.C.P.
 GASPAR A. BARRETO-TORRELLA, M.D.
 EMILIO J. GOMEZ, M.D.
 FERNANDO C. TRESPALACIOS, M.D.
 MARTHA Y. SANDOVAL, APRN/NP-C, CNN
 AMAURY LORENZO CLEMENTE, APRN/NP-C

ANTONY A. FARIAS, M.D.
 DAVID M. TRUEBA, M.D.
 BERNICE C. ACEVEDO, M.D.
 JUAN E. KUSNIR, M.D.
 MARTHA V. ROSTRAN, APRN-BC
 YAINET VALLE, PA-C

MUJERES SOLAMENTE

No. de Embarazos: _____ No. de Hijos: _____ Perdidas de Embarazos: _____

[] PARTO NATURAL # _____ [] CESAREA # _____

COMPLICACIONES DURANTE SU EMBARAZO:

	Si	No
Presión Alta	_____	_____
Albúmina	_____	_____
Infecciones de Orina	_____	_____
Edema	_____	_____
Otros Problemas	_____	_____

FARMACIA:

Nombre: _____ Telefono: _____

LABORATORIO:

[] QUEST [] LABCORP [] PRIMARIO o CLINICA: _____

NOMBRE DE TODOS SUS ESPECIALISTAS:

Cardiologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Endocrinologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Gastroenterologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Hematologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Oncologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Urologo:	Nombre: _____	Telefono: _____
Otra _____	Nombre: _____	Telefono: _____
Especialidad		

PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIAL MEDICO

Abdominal Aortic Aneurysm Repair <i>Reparacion De Aneurisma Aortica Abdominal</i>	YES / NO	Kidney Cyst <i>Quiste Renal</i>	YES / NO
Acid Reflux (GERD) <i>Reflujo Gastrico</i>	YES / NO	Kidney Disease <i>Enfermedad Renal</i>	YES / NO
Anemia <i>Anemia</i>	YES / NO	Kidney Stones <i>Calculo Renal</i>	YES / NO
Arthritis <i>Artritis</i>	YES / NO	Liver Disease <i>Enfermedad del Hgado</i>	YES / NO
Asthma <i>Asma</i>	YES / NO	Lupus <i>Lupus Eritromatoso</i>	YES / NO
Atrial Fibrillation <i>Fibrilacion Auricular</i>	YES / NO	Organ Transplant <i>Transplante de Organo</i>	YES / NO
Blood Clot <i>Coagulos Sanguineos</i>	YES / NO	Peripheral Vascular Disease - (Lower Extremity Circulatory Problems) <i>Enfermedad Vascular</i>	YES / NO
Blood Transfusion <i>Transfucion de Sangre</i>	YES / NO		YES / NO
Cancer <i>Cance r</i>	YES / NO	Prostate Hypertrophy (Enlarged Prostate) <i>Hipertrofia Prostatica</i>	YES / NO
Congestive Heart Failure (CHF) <i>Insuficiencia Cardiaca Congestiva</i>	YES / NO	Proteinuria - (Protein in the Urine) <i>Proteinuria</i>	YES / NO
Coronary Artery Disease <i>Enfermedad Arterial Coronaria</i>	YES / NO	Pulmonary Disease <i>Enfermedad Pulmonaria</i>	YES / NO
Depression <i>Depresion</i>	YES / NO	Seizures/ Epilepsy <i>Convulsiones/Epilepsia</i>	YES / NO
Diabetes <i>Diabete s</i>	YES / NO	Sleep Apnea <i>Apnea del Sueño</i>	YES / NO
Gout <i>Gota</i>	YES / NO	Stroke <i>Ataque Cerebral</i>	YES / NO
Heart Disease <i>Cardiopatía</i>	YES / NO	Thyroid Problems <i>Problema de Tiroides</i>	YES / NO
Hematuria (Blood in the Urine) <i>Hematuria</i>	YES / NO	Tuberculosis <i>Tuberculosis</i>	YES / NO
Hepatitis B <i>Hepatitis B</i>	YES / NO	Urinary Track Infection <i>Infeccion Urinaria</i>	YES / NO
High Cholesterol <i>Colesterol Alto</i>	YES / NO	Varicose Veins <i>Varices</i>	YES / NO
Hypertension (High Blood Pressure) <i>Hipertension (Presion Alta)</i>	YES / NO	Vitamin D Deficiency <i>Deficiencia de Vitamina D</i>	YES / NO
Today's Date: _____ <i>Fecha</i>		Doctor you are seeing Today/Medico que va a ver hoy: <input type="checkbox"/> Dr. Acevedo <input type="checkbox"/> Dr. Barreto <input type="checkbox"/> Dr. Busse <input type="checkbox"/> Dr. Farias <input type="checkbox"/> Dr. Gomez <input type="checkbox"/> Dr. Kusnir <input type="checkbox"/> Dr. Trespalacios <input type="checkbox"/> Dr. Trueba	
Patient's Name: _____ <i>Nombre del Paciente</i>			
Date of Birth: _____ <i>Fecha de Nacimiento</i>			