FLORIDA ARTHRITIS CENTER

New Patient Registration (Registro de paciente nuevo)

Legal first name (Nombre legal)

Last name (Apellido)

Date of birth (Feche de nacimiento)

Preferred name (Nombre preferido)

Cell phone (Telefono celular)

Home phone (Telefono de casa)

Work phone (Telefono del trabajo)

Email (Correo electronico)

Street address (Direccion)

City / State / ZIP (Ciudad / Estado / Codigo postal)

Primary care provider (Proveedor de atencion primaria)

Preferred pharmacy / location (Farmacia preferida)

Emergency contact name (Nombre del contacto de emergencia)

Emergency contact phone (Telefono del contacto de emergencia)

Relationship to emergency contact (Relacion con el contacto de emergencia)

Preferred office (Lake Mary / DeBary) (Consultorio preferido)

Primary insurance company (Compania de seguro)

Member / policy ID (Numero de miembro / poliza)

Secondary insurance company (Compania de seguro secondario)

Member / policy ID (Numero de miembro / poliza)

Bring your insurance card and photo identification to your first visit. (Traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto a su primera cita.)

FLORIDA ARTHRITIS CENTER

Communication Preferences & Authorized Contacts ((Preferencias de comunicación y contactos autorizados))

Please select how our office may contact you. Messages may include appointment information. (Seleccione cómo puede comunicarse nuestro consultorio con usted. Los mensajes pueden incluir información sobre citas.)

- ☐ May leave appointment voicemail on cell phone (Se pueden dejar mensajes de voz sobre citas en mi celular)
- ☐ May leave appointment voicemail on home phone (Se pueden dejar mensajes de voz sobre citas en mi teléfono de casa)
- ☐ May send appointment reminders by text (Se pueden enviar recordatorios de citas por mensaje de texto)
- ☐ May send appointment reminders by email (Se pueden enviar recordatorios de citas por correo electrónico)
- ☐ May leave a message about medical care or test results (Se pueden dejar mensajes sobre atención médica o resultados de pruebas)
- ☐ Discuss test results with patient only (Hablar de los resultados solo con el paciente)
- ☐ May discuss results with designated person listed below (Se pueden comentar los resultados con la persona designada abajo)
- ☐ Discuss prescriptions / orders with designated person listed below (Hablar de recetas / órdenes médicas con la persona designada abajo)

Authorized contact name (Nombre del contacto autorizado)

Relationship (Parentesco / relación)

Authorized contact phone (Teléfono del contacto autorizado)

Patient / guardian name (Nombre del paciente / tutor)

Date (Fecha)

You may change these preferences by contacting the office. (Puede cambiar estas preferencias comunicándose con el consultorio)

FLORIDA ARTHRITIS CENTER

Medical History & Medications (Antecedentes médicos y medicamentos)

Reason for visit / main concerns (Motivo de la consulta / principales preocupaciones)

Previous rheumatologist or specialist (Reumatólogo o especialista anterior)

Prior surgeries / hospitalizations (Cirugías / hospitalizaciones previas)

Current medications (names, doses, frequency) (Medicamentos actuales (nombres, dosis, frecuencia))

Medication allergies and reactions (Alergias a medicamentos y reacciones)

Family history of arthritis, gout, psoriasis, Lupus, or other autoimmune disease (Antecedentes familiares de artritis, gota,psoriasis, lupus u otra enfermedad autoinmune))

Other family history (heart disease, diabetes, stroke, etc.) (Otros antecedentes familiares (enfermedad cardíaca, diabetes, accidente cerebrovascular, etc.)

- [ ] Currently use tobacco or nicotine (Actualmente consume tabaco o nicotina)
- [ ] Formerly used tobacco or nicotine (Consumía tabaco o nicotina anteriormente)
- [ ] Drink alcohol (Consume alcohol)
- [ ] Use recreational substances (Consume sustancias recreativas)

Details (if applicable) (Detalles (si corresponde))

Previous rheumatological medications, like Biologics and/or DMARDs (names, doses, frequency) (Medicamentos reumatológicos anteriores, como biológicos y/o FAME/DMARD (nombres, dosis, frecuencia))

FLORIDA ARTHRITIS CENTER

Pregnancy & Reproductive History (when applicable) (Antecedentes de embarazo y salud reproductiva (cuando corresponda))

Complete this section if relevant to your medical care. You may discuss answers privately. (Complete esta sección si es relevante para su atención médica. Puede comentar sus respuestas en privado.)

Pregnancies (Embarazos)

Live births (Nacidos vivos)

Miscarriages (Abortos espontáneos)

Stillbirths (Mortinatos / nacidos sin vida)

Pregnancy-related history (check any that apply): (Antecedentes relacionados con el embarazo (marque los que correspondan):)

- ☐ Pre-eclampsia
- ☐ Preterm delivery (Parto prematuro)
- ☐ History of blood clots (Antecedentes de coágulos sanguíneos)

Current status (check any that apply): (Situación actual (marque los que correspondan):)

- ☐ Currently pregnant (Actualmente embarazada)
- ☐ Trying to become pregnant (Intentando quedar embarazada)
- ☐ Breastfeeding (Amamantando / lactancia materna)

Current contraception: (Método anticonceptivo actual:)

Last menstrual period (LMP): (Fecha de la última menstruación)

Additional reproductive history or comments: (Otros antecedentes reproductivos o comentarios:)

FLORIDA ARTHRITIS CENTER

Infection, TB & Hepatitis Risk History

Please indicate Yes, No, or Unsure for each item. Discuss details with your clinician. (Indique Sí, No o No estoy seguro/a para cada pregunta. Comente los detalles con su profesional médico.)

	Yes / Si	No	Unsure / No se
History of tuberculosis (TB) (Antecedentes de tuberculosis (TB))	☐	☐	☐
Known exposure to someone with TB (Contacto conocido con una persona con tuberculosis)	☐	☐	☐
Prior positive TB skin or blood test (Prueba cutánea o de sangre positiva para tuberculosis anteriormente)	☐	☐	☐
History of hepatitis B (Antecedentes de hepatitis B)	☐	☐	☐
History of hepatitis C (Antecedentes de hepatitis C)	☐	☐	☐
History of HIV (Antecedentes de VIH)	☐	☐	☐
Recurrent infections (Infecciones recurrentes)	☐	☐	☐
Frequent antibiotic use (Uso frecuente de antibióticos)	☐	☐	☐
History of shingles (Antecedentes de herpes zóster (culebrilla))	☐	☐	☐
Recent serious infection or hospitalization (Infección grave u hospitalización reciente)	☐	☐	☐
Travel or residence in areas with increased TB risk (Viajes o residencia en zonas con mayor riesgo de tuberculosis)	☐	☐	☐
Occupational exposure to TB or infectious diseases (Exposición laboral a tuberculosis o enfermedades infecciosas)	☐	☐	☐
History of fungal infection (Antecedentes de infección por hongos)	☐	☐	☐

Details (dates, treatments, locations, or other information): (Detalles (fechas, tratamientos, lugares u otra información):)

FLORIDA ARTHRITIS CENTER

Symptoms, Conditions & Vaccinations (Síntomas, enfermedades y vacunas)

Check any symptoms you have experienced recently: (Marque los síntomas que haya presentado recientemente:)

- [ ] Fever / chills / sweats (Fiebre / escalofríos / sudoración)
- [ ] Unintentional weight loss (Pérdida de peso involuntaria)
- [ ] Rash / photosensitivity / mouth sores (Erupción cutánea / sensibilidad al sol / llagas en la boca)
- [ ] Chest pain / shortness of breath (Dolor de pecho / dificultad para respirar)
- [ ] Abdominal pain / nausea / bowel changes (Dolor abdominal / náuseas / cambios intestinales)
- [ ] Numbness / tingling (Entumecimiento / hormigueo)
- [ ] Fatigue / sleep problems (Fatiga / problemas para dormir)
- [ ] Anxiety / depressed mood (Ansiedad / estado de ánimo deprimido)
- [ ] Joint pain / swelling / morning stiffness (Dolor articular / hinchazón / rigidez matutina)

Check any prior or current diagnoses (Marque los diagnósticos actuales o anteriores):

- [ ] Rheumatoid arthritis / other inflammatory arthritis (Artritis reumatoide / otra artritis inflamatoria)
- [ ] Psoriasis / psoriatic arthritis (Psoriasis / artritis psoriásica)
- [ ] Gout / osteoporosis (Gota / osteoporosis)
- [ ] Kidney disease / high blood pressure (Enfermedad renal / presión arterial alta)
- [ ] Heart disease / high cholesterol (Enfermedad cardíaca / colesterol alto)
- [ ] Asthma / thyroid disease (Asma / enfermedad de la tiroides)
- [ ] Tuberculosis / hepatitis / HIV (Tuberculosis / hepatitis / VIH)
- [ ] Other significant condition (Otra enfermedad importante)

Other conditions or symptom details (Otras enfermedades o detalles de los síntomas)

Vaccines and approximate dates (flu, shingles, pneumonia, hepatitis, etc.) (Vacunas y fechas aproximadas (gripe, herpes zóster, neumonía, hepatitis, etc.))