

# ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

Name /Nombre : \_\_\_\_\_

Last Name /Apellido

First Name/Primer Nombre

M. I./Segundo Nombre

Married/Casado(a)     Single/Soltero(a)     Widowed/Viudo(a)     Divorced/Divorciado(a)

Birthdate/Dia de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ S.S# \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  No Seguro Social

Age/Edad: \_\_\_\_ years/años or \_\_\_\_ months/meses    Sex:  Female/Mujer  Male/Hombre

Address Dirección:

\_\_\_\_\_

Phone Number/Número de Teléfono: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Emergency Contact's Name/ Nombre de Persona en caso de emergencia : \_\_\_\_\_

Phone Number/ Numero Cellular \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Reason for today's visit/ Razón por la visita de hoy:

\_\_\_\_\_

How did you hear about this clinic/ ¿Cómo se enteró de esta clínica??

\_\_\_\_\_

Describe your current symptoms briefly/ Describe brevemente tus síntomas actuales:

\_\_\_\_\_

Do you have insurance/Tiene seguro medico?  Yes/Si

No, I will pay myself. Voy a pagar yo mismo(a).

I understand that by signing below I agree that the form has been filled to the best of my ability and to pay all medical expenses incurred for services provided to me.

Signature: \_\_\_\_\_

# ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

## PAST MEDICAL HISTORY/ Historial Medico

Please  you now or have you ever had/ Por favor  si tiene algun problema ahora o en el pasado

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia/Anemia                                 | <input type="checkbox"/> High blood pressure/ Presion Alta                   |
| <input type="checkbox"/> Angina/Angina                                 | <input type="checkbox"/> High cholesterol/ Colesterol Alto                   |
| <input type="checkbox"/> Asthma/Asma                                   | <input type="checkbox"/> HIV/AIDS: VIH/SIDA                                  |
| <input type="checkbox"/> Cataracts/Cataratas                           | <input type="checkbox"/> Hypothyroidism/Hipotiroidismo                       |
| <input type="checkbox"/> Cancer (type) _____                           | <input type="checkbox"/> Jaundice/ Ictericia                                 |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (tipo) _____                           | <input type="checkbox"/> Kidney disease / Enfermedad de rinones              |
| <input type="checkbox"/> Colitis                                       | <input type="checkbox"/> Kidney stones/ Piedras en los rinones               |
| <input type="checkbox"/> Crohn's disease/Enfermedad de Crohn           | <input type="checkbox"/> Leukemia/ Leucemia                                  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes/Diabetes                             | <input type="checkbox"/> Pneumonia/ Neumonia                                 |
| <input type="checkbox"/> Emphysema/ Emfisema                           | <input type="checkbox"/> Psoriasis   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsy (seizures)/ Epilepsia (convulsiones) | <input type="checkbox"/> Pulmonary Embolism/ Embolia Pulmonar                |
| <input type="checkbox"/> Goiter/Bocio                                  | <input type="checkbox"/> Rheumatic fever/ Fiebre Reumatica                   |
| <input type="checkbox"/> Heart murmur/ Soplo cardíaco                  | <input type="checkbox"/> Stroke  |
| <input type="checkbox"/> Heart problems/ Problemas del corazon         | <input type="checkbox"/> Stomach or peptic ulcer/ Úlcera estomacal o péptica |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis/ Hepatitis                          | <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |

Other medical conditions (please list)/ Otras condiciones medicas: (por favor escríbalas):

Signature: \_\_\_\_\_

## ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

### Personal History/ Historia Personal:

Were there problems with your birth? (Specify)/ ¿Hubo problemas con tu nacimiento? (Especifique)/

Where were you born & raised? / Donde nació y creció?

What is your highest education?Cuál es tu más alta educación?

Marital status/Estado Civil:

- Never married/ Nunca Casado(a)
- Married/ Casado(a)
- Divorced/ Divorciado(a)

- Separated/ Separado(a)
- Widowed/ Viudo (a)
- Partnered/significant other/ Juntado (a)

### FAMILY HISTORY/

	IF LIVING/SI ESTAN VIVOS		IF DECEASED/ SI YA FALLECIO	
	Age (s)/ Edades	Health & Psychiatric	Age(s) at death/ Edades al fallecer	Cause/Causas
Father Padre				
Mother Madre				
Siblings Hermanos (as)				
Children Hijos (as)				

**EXTENDED FAMILY PSYCHIATRIC PROBLEMS PAST & PRESENT/ PROBLEMAS PSIQUIÁTRICOS FAMILIARES EXTENDIDOS PASADO Y PRESENTE**

Maternal Relatives/ Parientes Maternos:

Paternal Relatives/ Parientes Paternos:

Signature: \_\_\_\_\_

# ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

## System Review

In the past month, have you had any of the following problems?  
En el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

### GENERAL/ GENERAL

- Recent weight gain; how much/aumento de peso reciente (cuantas libras)\_\_\_\_\_
- Recent weight loss: how much/ bajo de peso repentino \_\_\_\_\_lbs
- Fatigue/ Fatiga
- Weakness/ Debilidad
- Fever/ Fiebre
- Night sweats/ Sudor en la noche

### MUSCLE/JOINTS/BONES/

#### MUSCULO / COYONTURAS / HUESOS

- Numbness/ Entumecimiento
- Joint pain/ dolor en las articulaciones
- Muscle weakness/ Debilidad muscular
- Joint swelling/ Inflamación de articulaciones
- Where? Donde?

### EARS/ OIDOS

- Ringing in ears/ Zumbido en los oídos
- Loss of hearing/ Pérdida de la audición

### EYES/ OJOS

- Pain/ Dolor
- Redness/ Rojez
- Loss of vision/ Perdida de Vision
- Double or blurred vision/ Visión doble o borrosa.
- Dryness/ Sequedad

### NERVOUS SYSTEM/ SISTEMA NERVIOSO

- Headaches/ Dolor de Cabeza
  - Dizziness/ Mareo
  - Fainting or loss of consciousness/ Desmayo o pérdida de conciencia
  - Numbness or tingling Entumecimiento u hormigueo
  - Memory loss/ Perdida de Memoria
- ### STOMACH AND INTESTINES
- #### ESTOMAGO E INTESTINOS
- Nausea/ Náusea
  - Heartburn/ Acidez
  - Stomach pain/ Dolor de Estomago
  - Vomiting/ Vomito
  - Yellow jaundice/ Ictericia amarilla
  - Increasing constipation Constipación
  - Persistent diarrhea Diarrhea Persistente
  - Blood in stools Sangre en la popo.
  - Black stools/ Popo Negra

### SKIN/ PIEL

- Redness/ Rojez
- Rash/ Erupción
- Nodules/bumps/ Nódulos / protuberancias
- Hair loss /Perdida de Pelo
- Color changes of hands or feet/ Cambio de color en las manos o pies

### PSYCHIATRIC

- Depression/ Depresión
- Excessive worries/ Preocupaciones excesivas
- Difficulty falling asleep/ Dificultad para dormir.
- Difficulty staying asleep/ Dificultad para dormir
- Difficulties with sexual arousal/ Dificultades con la excitación sexual.
- Poor appetite/ Poco apetito
- Food cravings/ Antojos de alimentos
- Frequent crying/ Llanto frecuente
- Sensitivity/ Sensitividad
- Thoughts of suicide / attempts/ Pensamientos de suicidio / intentos
- Stress/ Estres
- Irritability/ Irritabilidad
- Poor concentration Pobre concentración
- Racing thoughts Pensamientos de carreras
- Hallucinations/ Alucinaciones
- Rapid Speech/ Habla rapida
- Guilty Thoughts/ Pensamientos culpables
- Paranoia
- Mood Swings/ Cambios de humor
- Anxiety/ Ansiedad
- Risky Behavior/ Comportamiento arriesgado

Signature: \_\_\_\_\_

# ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

## System Review

In the past month, have you had any of the following problems?  
En el último mes, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas?

### THROAT/ GARGANTA

- Frequent sore throats/ Dolor de garganta frecuente
- Hoarseness/ Ronquera
- Difficulty in swallowing  
Dificultad para tragar.
- Pain in jaw/ Dolor en la mandíbula

### HEART AND LUNGS / CORAZON Y PULMONES

- Chest pain/ Dolor de Pecho
- Palpitations/ Palpitaciones
- Shortness of breath/ Falta de aliento
- Fainting/ Desmayo
- Swollen legs or feet/  
Piernas o pies hinchados
- Cough/ Toz

### BLOOD/ SANGRE

- Anemia/ Anemia
- Clots/ Coágulos

### KIDNEY/URINE /BLADDER/ RIÑÓN / ORINA /VEJIGA

- Frequent or painful  
urination/Orina frecuente o  
dolorosa
- Blood in urine  
Sangre en la orina

### Women Only / MUJERES SOLAMENTE

- Abnormal Pap smear/  
Papanicolaou Abnormal
- Irregular periods/  
Menstruación Irregular
- Bleeding between periods  
Sangrado entre ciclos de  
menstruación
- PMS/ Síndrome premenstrual

### OTHER PROBLEMS/ Otros

#### Problemas:

### WOMENS REPRODUCTIVE HISTORY / MUJERES HISTORIA REPRODUCTIVA

Age of first period  
Edad del primer  
período \_\_\_\_\_ years

# Pregnancies/ Embarazos: \_\_\_\_  
# Miscarriages/ Abortos  
involuntarios: \_\_\_\_

# Abortions/ Abortos: \_\_\_\_

Have you reached  
menopause/Ya ha tenido  
menopausia  
Y(Si) / N(No)  
At what age/ A que edad? \_\_\_\_

Do you have regular periods/  
Tienes periodos regulares?  
Y(Si) / N(No)

Signature: \_\_\_\_\_

## ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

### CURRENT MEDICATIONS/ MEDICAMENTOS ACTUALES

**Drug allergies/ Allergias a  
medicinas:  No  Yes(Si)**

**If yes, to what/ Si contest si, a que es alérgico(a)?**

**Please list any medications that you are now taking. Include non-prescription medications & vitamins or supplements/ Enumere cualquier medicamento que esté tomando. Incluya medicamentos sin receta y vitaminas o suplementos :**

Name of Drug Nombre de la droga	Dose (include strength & number of pills per day) & How long have you been taking this? Dosis (incluya la concentración y la cantidad de píldoras por día) y ¿Cuánto tiempo ha estado tomando esto?
------------------------------------	---

1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	
19.	
20.	

Signature: \_\_\_\_\_

# ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

## Patient Responsibility

I understand and agree that I am financially responsible for all charges for any and all services rendered. This includes any medical service or visit, routine examination, any other screening ordered by the doctor or staff. I understand that if I have come for a physical but want further treatment my insurance may not cover such visits and I will be held responsible for the balance. I understand that while my insurance may confirm my benefits, confirmation of benefits is not a guarantee of payment and that I am responsible for any unpaid balance. I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance has any deductible, copayment, co-insurance, out-of-network, usual and customary limit, prior authorization requirements or any other type of benefit limitation for the services I receive and I agree to make payment in full. I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance requires a referral from my primary care physician and that it is up to me to obtain the referral. I understand that without this referral, my insurance will not pay for any services and that I will be financially responsible for all services rendered. I agree to inform the office of any changes in my insurance coverage. If my insurance has changed or is terminated at the time of service, I agree that I am financially responsible for the balance in full. If I am a Medicare patient, I understand that I need to provide the office both my Medicare ID card and my secondary ID card. If the office does not have the proper information for a secondary insurance, the secondary will not be billed. It will be my responsibility to pay the balance and then file a claim with the secondary for reimbursement. By signing this form, I consent to the use and disclosure of protected health information about me for treatment, payment and health care operations, and/or as required by law. I have the right to revoke this Consent, in writing, signed by me. However, such revocation shall not affect any disclosures already made in compliance with my prior Consent. Atlanta Prime Med provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

---

Printed Patient Name (and Guardian Name if applicable) Patient or Guardian Signature

Date: \_\_\_\_\_

Our office does not make the rules. They are determined by your specific medical insurance plan.

Signature: \_\_\_\_\_

## ATLANTA PRIME MED

5008 Buford Hwy Suite A Chamblee GA 30341

P: 770-451-1146 F: 678-534-3701

### Responsabilidad del paciente

Entiendo y acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos por cualquiera y todos los servicios prestados. Esto incluye cualquier servicio médico o visita, examen de rutina, cualquier otra prueba de detección ordenada por el médico o el personal. Entiendo que si he venido para un examen físico pero deseo un tratamiento adicional, es posible que mi seguro no cubra dichas visitas y seré responsable del saldo. Entiendo que si bien mi seguro puede confirmar mis beneficios, la confirmación de los beneficios no es una garantía de Pago y que soy responsable de cualquier saldo impago. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro tiene algún deducible, copago, co-seguro, fuera de la red, límite habitual y habitual, requisitos de autorización previa o cualquier otro tipo de limitación de beneficios para los servicios que recibo. y acepto hacer el pago en su totalidad. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad saber si mi seguro requiere una derivación de mi médico de atención primaria y que depende de mí obtener la derivación. Entiendo que sin esta referencia, mi seguro no pagará ningún servicio y que yo seré financieramente responsable por todos los servicios prestados. Acepto informar a la oficina de cualquier cambio en mi cobertura de seguro. Si mi seguro ha cambiado o finaliza en el momento del servicio, acepto que soy financieramente responsable por el saldo en su totalidad. Si soy un paciente de Medicare, entiendo que debo proporcionarle a la oficina mi tarjeta de identificación de Medicare y mi tarjeta de identificación secundaria. Si la oficina no tiene la información adecuada para un seguro secundario, no se facturará al secundario. Será mi responsabilidad pagar el saldo y luego presentar una reclamación a la secundaria para su reembolso. Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de información médica protegida sobre mí para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, y / o según lo exija la ley. Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, firmado por mí. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación ya realizada de conformidad con mi consentimiento previo. Atlanta Prime Med proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA).

---

Nombre impreso del paciente (y nombre del tutor, si corresponde) Firma del paciente o tutor.

Día: \_\_\_\_\_

Nuestra oficina no hace las reglas. Están determinados por su plan de seguro médico específico.

Signature: \_\_\_\_\_