



**Allergy, Asthma Immunology Care**

**PLEASE PRINT CLEARLY**

Today's Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Hoy)

Referring Doctor: \_\_\_\_\_  
(Doctor que lo refirió)

Patient's Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)      LAST (Apellido)      FIRST (Primer Nombre)      MI (Inicial)

Home Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección Residencial)

City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
(Ciudad)      (Estado)      (Código Postal)

Mailing Address: \_\_\_\_\_  
(Dirección Postal)

Home Phone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono Residencial)

Celular/Mobile (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Número de Teléfono Celular)

Birth Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sex: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)      (Sexo)

SS#: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
(Número de Seguro Social)

Employer: \_\_\_\_\_  
(Empleo)

Work Phone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Teléfono del Trabajo)

Notify in case of Emergency: \_\_\_\_\_  
(En Caso de Emergencia)

Relationship: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
(Relación)      (Teléfono)

**RESPONSIBLE PARTY (GUARANTOR)**

If patient is under 18, who is the **person responsible for payment** of any deductible, co-payment, co-insurance, non-covered services, or services rendered. Si el paciente es menor de 18 años de edad, quién es la **persona** responsable de pagar deducible, co-pago, servicios no cubiertos por el seguro o servicios prestados.

Name: \_\_\_\_\_ Relationship to patient: \_\_\_\_\_  
(Nombre)      (Relación con paciente)

Birth Date: \_\_\_\_\_ Address: \_\_\_\_\_ SS#: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)      (Dirección)      (Número de Seguro Social)

**INSURANCE INFORMATION / INFORMACION DEL SEGURO**

Name of **Primary Insurance**: \_\_\_\_\_ Name of Policy Holder \_\_\_\_\_  
(Nombre del asegurado principal)

Relationship to Patient \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_ Member ID \_\_\_\_\_  
(Relación con Paciente)

Name of **Secondary Insurance**: \_\_\_\_\_ Name of Policy Holder \_\_\_\_\_  
(Plan Médico Secundario)      (Nombre del asegurado principal)

Relationship to Patient \_\_\_\_\_ D.O.B: \_\_\_\_\_  
(Relación con Paciente)

**RELEASE OF MEDICAL INFORMATION**  
**(Solicitar Información Médica)**

This is to authorize the verbal release of my medical condition, status, and/or test results, in the event that I am not home, to the following (specify all family members authorized): (Esto es para autorizar a divulgar mi información médica, estado y/o los resultados de laboratorio, en caso de no estar presente, a las siguientes personas (especificar todos los miembros de la familia autorizados).

Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre)

Relationship to Patient: \_\_\_\_\_  
(Relación con el Paciente)

**Relationship to the patient:** \_\_\_\_\_ Mother \_\_\_\_\_ Father \_\_\_\_\_ Other Relation to patient \_\_\_\_\_  
Relacion con el paciente Madre Padre Otro

**ELECTRONIC PRESCRIPTIONS CONSENT**

Our office can e-prescribe our prescriptions to your pharmacy, please provide your preferred pharmacy information. Para su conveniencia nuestra oficina prevé el servicio de prescripciones electrónicas. Favor de proporcionar la información de la farmacia de su preferencia.

Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Tel. Num.: \_\_\_\_\_ Fax Num.: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Farmacia Num. Tel.: Num. Fax:

Pharmacy Address or (cross roads): \_\_\_\_\_  
Dirección de la Farmacia o (calles cercanas)

**LANGUAGE OF PREFERENCE**

Idioma de preferencia

For future communications: \_\_\_\_\_ **ENGLISH** \_\_\_\_\_ **SPANISH**  
(Para futuras comunicaciones) (Ingles) (Español)

**How you would like us to send an appointment reminder via:**

Como desea que le enviemos un recordatorio de su cita medica a traves de:

Email/Correo Electronico: \_\_\_\_\_  Text/Texto: \_\_\_\_\_  
 Phone/Numero de telefono: \_\_\_\_\_

**ACKNOWLEDGEMENT**

I, \_\_\_\_\_ (patient OR parent/guardian), acknowledge that I have received a copy of Allergy, Asthma, Immunology Care Center of Central Florida's Notice Regarding Privacy of Personal Health Information. Yo (paciente/padre o encargado), certifico que he recibido una copia sobre la privacidad y el manejo personal de la información de salud de la oficina.

\_\_\_\_\_  
Print Name (Nombre)

\_\_\_\_\_  
D.O.B. (Fecha de Nacimiento)

\_\_\_\_\_  
(Patient's Or Parent/Guardian's Signature) (Firma)

\_\_\_\_\_  
Date (Fecha)

\_\_\_\_\_  
Witness Print Name (Nombre del Testigo)

\_\_\_\_\_  
Witness Signature (Firma del Testigo)