

JOINT & MUSCLE MEDICAL CARE

332 Lillington Avenue
Charlotte, NC 28204
(704) 377-1216
Fax: (704) 377-4661

BALLANTYNE RHEUMATOLOGY

8840 Blakeney Professional Dr Ste 101
Charlotte, NC 28277
(704) 541-2111
Fax: (704) 377-4661

**Alireza Nami, MD, FACR
John Brendese, MD, FACR**

FECHA DE CITA INICIAL (INITIAL APPOINTMENT DATE) ____ / ____ / ____

NOMBRE DEL PACIENTE (NAME) _____

FECHA DE NACIMIENTO (DATE OF BIRTH) ____ / ____ / ____ GÉNERO (SEX): (____) M (____) F

NUMERO DE SEGURO SOCIAL (SOCIAL SECURITY) ____ - ____ - ____

CORREO ELECTRONICO (E-MAIL ADDRESS) _____

DIRECCION (ADDRESS) _____

TELEFONO DE CASA (HOME PHONE) _____

TELEFONO DE CELULAR (CELL PHONE) _____

CONTACTO DE EMERGENCIA (EMERGENCY CONTACT) _____
NOMBRE (Name) TELEFONO (Phone)

DOCTOR DE FAMILIA (PRIMARY DOCTOR) _____

NOMBRE DE FARMACIA (PHARMACY NAME) _____

POR FAVOR TRAER SU TARGETA DE ASEGURANZA Y SU IDENTIFICACION CON FOTOGRAFIA

ASEGURANZA PRIMARIA _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE MIEMBRO _____ NUMERO DEL GRUPO _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (SUBSCRIBER NAME) _____

ASEGURANZA PRIMARIA _____ FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____

NUMERO DE IDENTIFICACION DE MIEMBRO _____ NUMERO DEL GRUPO _____

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (SUBSCRIBER NAME) _____

Me doy cuenta de que la cobertura de mi seguro es un contrato entre la compañía de seguros y yo y que no todos los servicios pueden ser beneficios cubiertos en todos los planes de salud. Al firmar este acuerdo, reconozco que soy, en última instancia, responsable de cualquier saldo impago en mi cuenta por los servicios prestados. Por la presente cedo a _____, los beneficios médicos a los que tengo derecho mis dependientes y / o yo. Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar este reclamo y / o cobrar esta deuda. Por la presente, acepto pagar mi saldo personal dentro de los 30 días posteriores a la recepción del estado de cuenta. Acepto pagar un cargo por servicio de \$ 35 por todos los cheques devueltos. Soy consciente de que se cobrarán \$ 25 a mi cuenta por cualquier cita que no cumpla sin llamar dentro de las 24 horas de anticipación. Al firmar a continuación, afirmo que he leído toda la información anterior y he respondido todas las preguntas de verdad y lo mejor que he podido. También afirmo que entiendo el contenido de este documento.

FIRMA _____ **FECHA** ____ / ____ / ____

PACIENTE

Ballantyne Rheumatology and Joint and Muscle Medical Care

Revision de Sistemas (Systems Review)

Al revisar la siguiente lista, marque cualquiera de los problemas que se apliquen a usted. (As you review the following list, please check any of those problems which apply to you.)

GENERAL (GENERAL):

- Aumento de peso reciente/
Cantidad (*Recent weight gain/Amount*)
- Perdida de peso reciente/
Cantidad (*Recent loss of weight/Amount*)
- Fatiga (*Fatigue*)
- Debilidad (*Weakness*)
- Fiebre (*Fever*)

SISTEMA NERVIOSO(NERVOUS SYSTEM):

- Dolores de cabeza (*Headaches*)
- Mareo (*Dizziness*)
- Desmayo (*Fainting*)
- Espasmo muscular (*Muscle spasm*)
- Perdida de consciencia (*Loss of consciousness*)
- Sensibilidad o dolor de manos y/o pies (*Sensitivity or pain of hands and/or feet*)
- Perdida de memoria(*Memory loss*)

OREJAS (EARS):

- Zumbido e los oidos(Ringing in ears)
- Perdida de la audicion(Loss of hearing)

OJOS(EYES):

- Dolor(Pain)
- Enrojecimiento(Redness)
- Perdida de vision(loss of vision)
- Vision doble o borrosa(Double or blurred vision)
- Sequedad(Dryness)
- Se siente como algo en el ojo(Feels like something in eye)

NARIZ(NOSE):

- Hemorragias Nasales(Nosebleeds)
- Perdida de olfato(loss of smell)
- Sequedad(dryness)

BOCA(MOUTH):

- Dolor de lengua(Sore tongue)

- Sangrado de las encias(Bleeding gums)
- Llagas en la boca(Sores in mouth)
- Perdida del gusto(Loss of taste)
- Sequedad(Dryness)

GARGANTA(THROAT):

- Dolores de garganta frecuentes(Frequent sore throats)
- Ronquera(hoarseness)
- Dificultad para tragar(Difficulty in swallowing)

CUELLO(NECK):

- Glándulas inflamadas (Swollen glands)
- Glándulas sensibles(Tender glands)

CORAZÓN Y PULMONES(HEART AND LUNGS):

- Dolor en el pecho(Pain in the chest)
- Arritmia(Irregular heart beat)
- Cambios repentinos en los latidos del corazón (Sudden changes in heartbeat)
- Dificultad para respirar(Shortness of breath)
- Dificultad para respirar por la noche (Difficulty in breathing at night)
- Piernas o pies hinchados (Swollen legs or feet)
- Hipertensión(High blood pressure)
- Soplos cardíacos(Heart murmurs)
- Tos(Cough)
- Tos de sangre (Coughing of blood)
- Sibilancias(Wheezing)
- Sudores nocturnos(Night sweats)

ESTÓMAGO E

INTESTINOS(STOMACH AND INTESTINES):

- Náusea(Nausea)
- Vómitos de sangre o café material de tierra(Vomiting of blood or coffee ground material)

- Dolor de estómago aliviado por comida o leche(Stomach pain relieved by food or milk)
- Ictericia amarilla(Yellow jaundice)
- Estreñimiento creciente(Increasing constipation)
- Diarrea persistente(Persistent diarrhea)

- Sangre en las heces(Blood in stools)

- Taburetes negros(Black stools)
- Acidez(Heartburn)

RIÑÓN / ORINA /

VEJIGA(KIDNEY/URINE/BLADDER)

- Dificultad para orinar(Difficult urination)
 - Dolor o ardor al orinar(Pain or burning on urination)
 - Sangre en la orina(Blood in urine)
 - Orina turbia y "humeante"(Cloudy, "smoky" urine)
 - Pus en la orina(Pus in urine)
 - Secreción del pene / vagina(Discharge from penis/vagina)
 - Micción frecuente(Frequent urination)
 - Levantarse por la noche para orinar(Getting up at night to pass urine)
 - Sequedad vaginal(Vaginal dryness)
 - Sarpullido / úlceras(Rash/ulcers)
 - Dificultades sexuales(Sexual difficulties)
 - Problemas de prostate(Prostate trouble)
- ### PIEL (Skin):
- Moretones con facilidad(Easy Bruising)
 - Enrojecimiento(Redness)
 - Erupción(Rash)
 - Urticaria(Hives)
 - Sensible al sol (Sun Sensitive)
 - Opresión(Tightness)
 - Nódulos / protuberancias(Nodules/Bumps)
 - Perdida de cabello(Hair loss)
 - Cambios de color en manos o pies en el frio(Color changes of hands or feet in the cold)

Músculos / articulaciones /huesos(MUSCLES/JOINTS/BONES):

- Rigidez matutina(Morning stiffness)
- Durando cuanto tiempo(Lasting how long) _____ Minutos(Minutes) _____ Horas(Hours)
- Dolor en las articulaciones(Joint pain)
- Debilidad muscular(Muscle weakness)
- Sensibilidad muscular(Muscle tenderness)
- Inflamación de articulaciones(Joint swelling)

Enumere las articulaciones afectadas en los últimos 6 meses(List joints affected in the last 6 months): _____

Habitos(HABITS):

- ¿Bebes café?(Do you drink coffee?) (Si(yes) (No
- ¿Tazas por día?(Cups per day?) _____
- ¿Fumas?(Do you smoke?) (Si (No
- ¿Cigarrillos por día? (Cigarettes per day?) _____
- ¿Alguien te ha dicho alguna vez que reduzcas en tu forma de beber?(Has anyone ever told you to cut down on your drinking?)(Si (No
- ¿Usa drogas por razones que son no medico?(Do you use drugs for reasons that are not medical?) (Si (No
- Si es así, enumere(Do you use drugs for reasons that are not medical?): _____

Sangre(Blood):

- _____ Fecha del último examen ocular (Anemia)(Date of last eye examination)
- _____ Fecha de la última radiografía de tórax(Date of last chest X-Ray)
- _____ Tendencia al sangrado(Bleeding tendency)
- _____ Fecha de la última prueba de tuberculosis(Date of las Tuberculosis Test)

HISTORIA PERSONAL PASADA (PAST PERSONAL HISTORY): (marque si "sí") (check if "yes")

¿Tiene o ha tenido:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Cancer) | <input type="checkbox"/> Crisis nerviosa(Nervous breakdown) |
| <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos(Heart Problems) | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago(Stomach ulcers) |
| <input type="checkbox"/> Asma(Asthma) | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática(Rheumatic Fever) |
| <input type="checkbox"/> Bocio(Goiter) | <input type="checkbox"/> Malos dolores de cabeza(Bad headaches) |
| <input type="checkbox"/> Leucemia(Leukemia) | <input type="checkbox"/> Ictericia(Jaundice) |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular(Stroke) | <input type="checkbox"/> Colitis(Colitis) |
| <input type="checkbox"/> Cataratas(Cataracts) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal(Kidney Disease) |
| <input type="checkbox"/> Diabets(Diabetes) | <input type="checkbox"/> Neumonía(Pneumonia) |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia(Epilepsy) | <input type="checkbox"/> Psoriasis(Psoriasis) |
| | <input type="checkbox"/> Anemia(Anemia) |

Otras enfermedades importantes (enumere) (Other Significant Illness(please list)) _____

Operaciones anteriores(Previous Operations):

Tipo (Type)	Año (Year)	Cirujano (Surgeon)	Ciudad (City)
1) _____			
2) _____			
3) _____			
4) _____			
5) _____			
6) _____			
7) _____			

¿Alguna fractura anterior?(Any previous fractures?) () Si(yes) () No

Describe (Describe) _____

¿Alguna otra herida grave?(Any other serious injuries) () Si(yes) () No

Describe (Describe) _____

Padres (Parents):

Si vive (If living)

Si falleció(If Deceased)

	Edad (Age)	Salud(Health)	Edad al momento de la muerte(Age at Death)	Causa(Cause)
Padre (Father)				
Madre (Mother)				

Número de hermanos(Number of brothers) _____

Número de hermanas(Number of Sisters) _____

Número de vivos(Number Living) _____

Número de vivos(Number Living) _____

Número de fallecidos(Number Deceased) _____

Número de fallecidos(Number Deceased) _____

Hijos (Childrens)

Número de hijos(Number of children) _____ Número de vivos(Number Living) _____

Número de fallecidos(Number Deceased) _____ Enumere las edades de cada uno(List ages of each) _____

Enfermedades graves de los niños(Serious illnesses of children) _____

¿Conoce algún pariente consanguíneo que tenga o haya tenido: (marque y proporcione parentesco) (Do you know of any blood relative who has or had: (check and give relationship))

- _____ Cáncer(Cancer)
- _____ Enfermedad cardíaca (Heart Disease)
- _____ Fiebre reumática (Rheumatic fever)
- _____ Tuberculosis(Tuberculosis)
- _____ Leucemia (Leukemia)
- _____ Presión arterial alta(High blood pressure)
- _____ Epilepsia(Epilepsy)

- _____ Diabetes(Diabetes)
- _____ Accidente cerebrovascular(Stroke)
- _____ Tendencia al sangrado(Bleeding tendency)
- _____ Asma(Asthma)
- _____ Coto(Goiter)
- _____ Colitis(Colitis)
- _____ Alcoholismo(Alcoholism)

CONDICIONES DE CASA (Home Conditions):

Marque uno (Check one): Marque uno: Casa(House) Apartamento(Apartment)

¿Tiene escaleras que subir?(Do you have stairs to climb?) () Si(yes) () No

Si es así, ¿cuántas?(If yes, how many?) _____

Número de personas en el hogar ¿Relación y edad de cada uno?(Number of people in household relationship, and age of each?) _____

¿Quién hace la mayor parte del trabajo doméstico?(Who does most of the shopping?) _____

¿Quién hace la mayor parte de las compras? (Who does most of the housework?) _____

En la siguiente escala, encierre en un círculo el número que mejor describa su situación; La mayor parte del tiempo, función

(On the scale below, circle a number which best describes your situation; Most of the time, function)

- | | | | | |
|---------------|----------|------|--------|-------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| MUY MAL | MAL | BIEN | BIEN | MUY Bien |
| (Very Poorly) | (Poorly) | (OK) | (Good) | (Very Good) |

Debido a problemas de salud, ¿tiene dificultades para: (Because of health problems, do you have difficulty.)
(Marque la respuesta apropiada para cada pregunta)(Please check the appropriate response for each question)

Usualmente
(Usually)

Algunas veces
(Sometimes)

¿Usa sus manos para agarrar objetos pequeños? (botones, cepillo de dientes, lápiz, etc.)(Using your hands to grasp small objects?
(buttons, toothbrush, pencil, etc.) _____

¿Caminando?(Walking?) _____

Subiendo escaleras?(Climbing stair?) _____

¿Bajando escaleras? (Descending stairs?) _____

¿Sentarse?(Sitting down?) _____

¿Levantarse de la silla?(Getting up from chair?) _____

¿Tocarse los pies mientras está sentado? (Touching your feet while seated?) _____

¿Llegando a tus espaldas? (Reaching behind your back?) _____

¿Alcanzando detrás de tu cabeza? (Reaching behind your head?) _____

Vestirse usted mismo?(Dressing yourself?) _____

Ir a dormir? (Going to sleep) _____

¿Quedarse dormido debido al dolor?(Staying asleep due to pain?) _____

¿Conseguir un sueño reparador? (Obtaining restful sleep?) _____

¿Baños? (Bathing?) _____

¿Comiendo?(Eating?) _____

¿Trabajando?(Working?) _____

¿Se lleva bien con otros miembros de la familia? (Getting along with other family members?) _____

¿Participar en actividades de tiempo libre? (Engaging in leisure time activities?) _____

¿Con rigidez matutina?(With morning stiffness?) _____

¿Usa bastón, muletas, andador o silla de ruedas? (elemento circular) (Do you use a cane, crutches, a walker, or a wheelchair?
(circle item) _____

¿Qué es lo más difícil para ti? (What is the hardest thing for you to do?) _____

¿Estas recibiendo discapacidad? (Are you receiving disability?) () Si(yes) () No

¿Está solicitando una discapacidad?(Are you applying for disability?) () Si(yes) () No

¿Tiene pendiente una demanda relacionada con cuestiones médicas?(Do you have a medically related lawsuit pending?) () Si
() No

Joint and Muscle Medical Care

332 Lillington Avenue

Charlotte, NC 28204

Phone: 704-377-1216

Fax: 704-377-4661



Alireza Nami, M.D.
John Brendese, M.D.

Ballantyne Rheumatology

8840 Blakeney Professional Drive, 101

Charlotte, NC 28277

Phone: 704-541-2111

Fax: 704-377-4661

PATIENT AUTHORIZATION FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

Name: _____

Date of birth: _____

By signing this form, I authorize you to release confidential health information about me, by releasing a copy of my medical records to the physician or facility listed below.

Information Disclosed FROM:

Information Disclosed TO:

Name: _____

Name: _____

Phone: _____

Phone: _____

Fax: _____

Fax: _____

This authorization permits Ballantyne Rheumatology/Joint and Muscle Medical Care to use and/or disclose the following individually identifiable information about myself.

The type of information to be used or disclosed is as follows (check all that apply):

- Most recent office visit
- Last 3 months of records
- Last 6 months of records
- Radiology Reports
- Laboratory Reports
- Other _____

- Clinic Notes
- Progress Notes
- Consultation Notes
- Bone density Report
- MRI's Report

Patient Rights

- I can cancel this permission at any time. I must cancel in writing and send or deliver cancellation to releasing facility or practice name above. Any cancellation will apply only to information not yet released by facility.
- This is full released including information related to behavioral/mental health, drug and alcohol abuse treatment, genetic information, HIV/AIDS, and other sexually transmitted diseases.
- I understand that my health information may include information both created and received by the practice, may be in the form of written or electronic records or spoken words, and may include information about my health history, health status, symptoms, examinations, test results, diagnoses, treatments, procedures, prescriptions, and similar types of health-related information.
- Ballantyne Rheumatology/Joint and Muscle Medical Care will not share or use my health information without my permission other than by ways listed Ballantyne Rheumatology/Joint and Muscle Medical Care Notice of Privacy Practices or as required by law.
- I have the right to receive a copy of this form upon request.

This permission expires one year after the date of my signature unless another date or event is written here: _____

Signature: _____

Date: _____



Joint & Muscle Medical Care

Ballantyne Rheumatology

Alireza Nami, MD, FACR

John Brendese, MD, FACR

8840 Blakeney Prof Drive Ste 1

Charlotte, NC 28277

Tel: (704) 541-2111

Fax: (704) 377-4661

332 Lillington Ave
Charlotte, NC 28204
Tel: (704) 377-1216
Fax: (704) 377-4661

HIPAA Compliance Patient Consent Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient's rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent.

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with this restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) law allows for the use of the information for treatment, payment, or healthcare operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

By signing this form, I understand that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or healthcare operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- The practice has the right to restrict the use of the information but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

May we phone, email, or send a text to you to confirm appointments?	YES	NO
May we leave a message on your answering machine at home or on your cell phone?	YES	NO
May we discuss your medical condition with any member of your family?	YES	NO

If YES, please name the members allowed:

This consent was signed by: _____
(PRINT NAME PLEASE)

Signature: _____ Date: _____

Witness: _____ Date: _____

JOINT & MUSCLE MEDICAL CARE

332 Lillington Avenue
Charlotte, NC 28204
(704) 377-1216
Fax: (704) 377-4661



BALLANTYNE RHEUMATOLOGY

8840 Blakeney Professional Dr Ste 101
Charlotte, NC 28277
(704) 541-2111
Fax: (704) 377-4661

Póliza de Cancelacion y No Presentarse

Entendemos que surgen situaciones en las que debe cancelar su cita. Por lo tanto, se solicita que si usted debe cancelar su cita, llame 24 horas antes como minimo y esto le permitirá a otra persona que está esperando una cita poder programarla. Con las cancelaciones realizadas con menos de 24 horas con anticipación y así poderle ofrecer ese espacio a otro paciente.

Las citas de oficina que se cancelan con menos de 24 horas de notificación pueden estar sujetas a una multa de cancelación de \$25.00. Las multas de cancelación y no presentarse son responsabilidad exclusiva del paciente y deben ser pagadas en su totalidad antes de la próxima cita del paciente.

Nuestra práctica cree firmemente que la buena relación entre médico/paciente se basa en la comprensión y la buena comunicación. Las preguntas sobre la póliza deben ser dirigidas al departamento de facturación 704-377-1216 Ext. 413.

Por favor firme para confirmar que ha leído, entiende y está de acuerdo con esta Póliza de Cancelación y No Presentarse. La póliza comienza el día en que se firma este formulario.

Nombre (Por favor en letras de imprenta)

Fecha de nacimiento

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha

Personal de Oficina/ Testigo