

# TETE, JENERAL, VASKILÈ & OPERASYON ANDOVASKILÈ

## H. CHARLES-HARRIS, MD & ASSOCIATES

### ENSKRIPSYON PASYAN

#### ENFÒMASYON PASYAN

SIYATI \_\_\_\_\_ PREMYE NON \_\_\_\_\_ M.I. \_\_\_\_\_

ETA CIVIL \_\_\_\_\_ SEKS M[ ] F[ ] DAT NESANS \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

ADRÈS KAY \_\_\_\_\_ APT# \_\_\_\_\_

VIL \_\_\_\_\_ ETA \_\_\_\_\_ KÒD POSTAL \_\_\_\_\_ IMÈL \_\_\_\_\_

TELEFÒN LAKAY \_\_\_\_\_ TELEFÒN SELILÈ \_\_\_\_\_ TELEFÒN TRAVAY \_\_\_\_\_

OKIPASYON \_\_\_\_\_ PATWON \_\_\_\_\_

#### KONTAK IJANS

NON \_\_\_\_\_ RELASYON \_\_\_\_\_ TELEFÒN \_\_\_\_\_

#### ENFÒMASYON KONTAK MARI OSWA MADANM/PARAN

NON \_\_\_\_\_ RELASYON \_\_\_\_\_ TELEFÒN \_\_\_\_\_

#### ENFÒMASYON SOU ASIRANS

PRENSIPAL \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ GWROUP # \_\_\_\_\_

ASIRANCE ATRAVÈ PWÒP TÈT OU[ ] MARI OSWA MADANM[ ] PARAN[ ] ASIRANS ATRAVÈ COBRA WI[ ] NON[ ]

SEGONDÈ \_\_\_\_\_ ID# \_\_\_\_\_ GWROUP # \_\_\_\_\_

ASIRANS ATRAVÈ PWÒP TÈT OU[ ] MARI OSWA MADANM[ ] PARAN[ ] ASIRANS ATRAVÈ COBRA WI[ ] NON[ ]

#### ENFÒMASYON MEDIKAL

DOKTÈ REFERE LI \_\_\_\_\_ TELEFON \_\_\_\_\_

DOKTÈ PRENSIPAL (SI LI DIFERAN) \_\_\_\_\_ TELEFÒN \_\_\_\_\_

LÒT DOKTÈ TRETE \_\_\_\_\_ SPESYALITE \_\_\_\_\_

LÒT DOKTÈ TRETE \_\_\_\_\_ SPESYALITE \_\_\_\_\_

#### ENFÒMASYON FAMASI

NON FAMASI \_\_\_\_\_ TELEFÒN \_\_\_\_\_

SIYATI MWEN KI ANBA A ENDIKE KE MWEN DAKÒ TOUT ENFÒMASYON KI ANWO A SE LAVERITE EPI KÒRÈK.

X \_\_\_\_\_

SIYATI PASYAN/PATI RESPONSAB

DAT

# VASKILÈ, ANDOVASKULÈ, & JENERAL OPERASYON

## H. Charles-Harris, MD & Associates

OTORIZASYON POU BAY ENFÒMASYON, BENEFIS, PEMAN OTORIZASYON, DEKLARASYON DIVILGASYON  
AKÒ POU PEYE POU SÈVIS PWOFEYONEL, AK ESPESIFIK AKÒ EGZAMEN

SIYATI: \_\_\_\_\_ PRENON: \_\_\_\_\_ DAT NESANS: \_\_\_\_\_

Mwen swete yo dwe kontakte nan fason sa a ( tcheke tout sa ki aplike):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| * * Kay / Pòtab telefòn                                       | * Travay telefòn  | * Kominikasyon Ekri                                |
| <input type="checkbox"/> Kite mesaj detaye                    | <input type="checkbox"/> Kite mesaj detaye                    | <input type="checkbox"/> voye nan adrès lakay mwen |
| <input type="checkbox"/> Kite Non & rele-tounen Nimewo sèlman | <input type="checkbox"/> Kite Non & rele-tounen Nimewo sèlman | <input type="checkbox"/> Voye nan adrès biwo       |

Mwen otorize nenpòt ki diskisyon sou telefòn la konsènan swen sante mwen ak tretman ak moun sa yo:

Non: \_\_\_\_\_ Relasyon: \_\_\_\_\_

Non: \_\_\_\_\_ Relasyon: \_\_\_\_\_

Tanpri, li epi  tcheke bagay sa yo:

Mwen rekonèt ke mwen recevwa Avi a sou Pratik Konfidansyalite.

Mwen rekonèt ke mwen te enfòm ke H. Charles-Harris MD PA pa pote negligans asirans.

- MWEN OTORIZE FOUNISÈ H. CHARLES-HARRIS MD PA POU DIVILGE NENPÒT ENFÒMASYON NOU MANDE PA YON LÒT DOKTÈ / FACILITY PATISIPASYON AKTIF NAN TRETMAN MEDIKAL MWEN, SI YO NESESÈ EPI YO EFIKAS TRETMAN POU KONDISYON MEDIKAL MWEN (S).
- MWEN OTORIZE FOUNISÈ H. CHARLES-HARRIS MD PA POU DIVILGE NENPÒT ENFÒMASYON KI NESESÈ NAN PWOSESIS REKLAMASYON ASIRANS MWEN PÈMÈT YO UTILIZE FOTOKOPI SIYATI MWEN NAN PWOSESIS REKLAMASYON ASIRANS MWEN AN (S).
- MWEN OTORIZE ASURANS MWEN (YO) PRAN DESIZYON PEMAN CHECK (S) DIRÈKTEMAN POU FOUNISÈ H. CHARLES-HARRIS MD PA POU TOUT SÈVIS FOUNI. KÈLKESWA BENEFIS ASIRANS MWEN, SI GENYEN, MWEN KONPRANN KE MWEN ENTIÈREMANT RESPONSA FINANSYÈMAN POU NENPÒT AK TOUT FRÈ KI FÈT, EPI MWEN DAKÒ YO PEYE FRÈ SA YO NAN PLEN. MWEN KONPRANN KE MWEN RESKONSAB POU KOU LÈ NOU RANMASE EPI ENTERÈ (1.5% ABSANS SAN PEYE BALANS POU CHAK MWA) SI MWEN PA FÈ PEMAN NAN YON FASON APWOPRIYE.
- ENFÒMASYON ASIRANS KI BAY LA REPREZANTE YON DIVILGASYON KONPLÈ NAN BENEFIS ASIRANS LAN POU KI MWEN GEN DWA. MWEN KONPRANN LÈ MWEN ECHÈK NAN DIVILGE PRE-SÈTIFIKASYON / KONDISYON POU DEZYÈM OPINYON POU NENPÒT AK TOUT PLAN YO KI MWEN ABÒNMAN METE SOU MWEN RESPONSA BLITE A KONPLÈ POU CHAJ PROFESSIONAL KÒM YON KONSEKANS PA PEYE
- MWEN KONPRAN E DAKO KE FOUNISE H. CHARLES-HARRIS MD PA AP SELMAN EKZAMINE ESPESIFIK KOTE PLANT LAN YE . JENERAL EKZAMEN FIZIKAL DWE FET AK PREMÈYÈ DOKTE.

X

SIYATI PASYAN/ RESPONSA B

DAT

**VASCULAR, ENDOVASCULAR, & GENERAL SURGERY**  
**H. Charles-Harris, MD & Associates**

---

**AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORDS**

LAST NAME: \_\_\_\_\_ FIRST NAME: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

Office Use Only

DATE OF REQUEST: \_\_\_\_\_

AUTHORIZED: \_\_\_\_\_

TO RELEASE TO: H. Charles-Harris, MD & Associates  
1190 NW 95 Street, Suite 101, Miami, FL 33150  
Fax: 305-696-4435

INFORMATION TO BE RELEASED: \_\_\_\_\_

REASON FOR DISCLOSURE: \_\_\_\_\_

- I understand that I, or the person authorized to act on my behalf, am entitled to receive a copy of this authorization. The requester may be provided with a copy of this authorization.
- I am aware of the consequences that may occur as a result of my signing this authorization request or my denial to do so. I understand that I may revoke this authorization in writing at any time except to the extent that action has been taken based on this authorization.
- I am authorizing any physician, nurse, hospital, or other provider having treated or attended me to having possession of any records and/or information with respect thereto, to provide such records to the requesting party above.
- By signing below I am hereby authorizing H. Charles-Harris MD PA to request / release the requested information identified above.

  X    
PATIENT'S / RESPONSIBLE PARTY'S SIGNATURE      DATE

# H. Charles-Harris, M.D. & Associates

## Jeneral, Vaskilè, Andovaskulè & Operasyon

---

### Rekonesans pou benefis Asirans

Siyati: \_\_\_\_\_ Non: \_\_\_\_\_ Dat Nesans: \_\_\_\_\_

Kontra premie asirans: \_\_\_\_\_ Nimewo ID: \_\_\_\_\_

NON met asirans lan: \_\_\_\_\_ Relasyon: \_\_\_\_\_

Kontra Dexieme asirans: \_\_\_\_\_ Nimewo ID: \_\_\_\_\_

NON met asirans lan: \_\_\_\_\_ Relasyon: \_\_\_\_\_

**Le mwen siyen anba a mwen verifye ke mwen pa gen okenn lòt medikal asirans pase sa ki endike anwo a.**

X \_\_\_\_\_  
Siyati Pasyan

\_\_\_\_\_  
Dat Nesans

# H. Charles-Harris, M.D. & Associates

## Jeneral, Vaskilè, & Andovaskulè Operasyon

---

### REKONESANS NEGLIGANS MEDIKAL

"Dapre lalwa Florid, doktè yo jeneralman oblije pote asirans néglijans medikal oswa otreman demontre responsablite finansyè yo kouvri reklamasyon potansyèl pou neglijans medikal. **Doktè w la te deside pa gen asirans neglijans medikal.** Sa a otorize anba lalwa Florid nan sèten kondisyon. Lwa Florid enpoze penalite kont doktè ki pa gen asirans e ki pa satisfè jijman negatif ki rive soti nan reklamasyon neglijans medikal nan minimòm kantite lajan dapre Florida Estati s.458.320. Yo bay avi sa a konfòmman ak lwa Florid. "

Mwen te enfòm ke Dr Håkan Charles-Harris, Dr Jose A. Martin, Elke Ojeda Ulloa PA-C ak Zina El-Daghar PA-C pa pote medikal asirans néglijans médikal.

siyen:

---

Siyati Pasyan

---

NON Pasyan

---

Dat Nesans

*Chart copy*

---

1190 NW 95 Street, Suite 101, North Miami, FL 33150 ▪ Tel: 305.691.2941 Fax: 305.696.4435

# H. CHARLES-HARRIS, MD & ASSOCIATES

Non Pasyan: \_\_\_\_\_ Dat Nesans: \_\_\_\_\_

## Evaluation Sistèm

	KOUNYE PASE	
<b>1. KONSTITISYONÈL (Sante an Jeneral)</b>		
Pran pwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pèdi pwa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pèt apeti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyagnostik kansè avan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. JE, ZÒRÈY, NEN, GÒJ</b>		
Glokòm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Katarat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operasyon Vizyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pèt tandè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doulè figi oswa pet sansasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. RESPIRATWA (Poumon &amp; Respirasyon)</b>		
Bwonchit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souf kout	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Opresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4 KADYOVASKILÈ (kè)</b>		
Kriz Kadyak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
doul Pwatrin/anjin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flebit oswa boul nan san	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tansyon wo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Batman kè iregilye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5. GASTWOENTESTINAL (lestomak &amp; trip)</b>		
Brûlures/acid lestomak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
San nan matyè fekal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dyare/konstipasyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6. SISTÈM ANDOKRIN (Glann)</b>		
Dyabèt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entolerans ak chalè/fredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Règ iregilarite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pwoblèm tiwoyid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tretman òmòn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7. TEGUMANTÈ (po, cheve, &amp; Tete)</b>		
Kansè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gratèl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jenital Enfeksyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8. SISTÈM VEZIKULÈ (ren &amp; nan vesi)</b>		
Pyè nan ren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pwoblèm pwostat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pwoblèm nan vesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pwoblèm pipi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9. NEWOLOJIK (nan sèvo &amp; Nè)</b>		
Konjesyon Serebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kriz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aksidan nan tèt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tèt fè mal souvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tranbleman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pwoblèm ak balans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10. PSYCHIATRIC (Atitid &amp; Panse)</b>		
Depresyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anksyete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eskizofreni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Twoub Bipolè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Siyati Pasyan an: \_\_\_\_\_

	KOUNYE PASE	
<b>11. MIS (Misk, Zo, Jwenti)</b>		
Doulè nan jwenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doulè nan misk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doulè nan do	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anflamasyon nan jwenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12. EMATOLOJIK (pou san / lenfatik)</b>		
Fasil senyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fasil mètri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Istwa nan transfizyon san	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesemi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13. ALÈJI / IMUNODEFISYANS</b>		
Alèji sezonye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfeksyon yo vini souvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14. PERIFERIK MALADI ATÈ</b>		
Doulè ki anpeche m 'nan mache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kranp nan dèyè/janm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doulè nan zòtèy/pye a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekolorasyon an nwa zòtèy/pye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gangrene nan zòtèy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anflamasyon nan pye	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansyen istwa medikal: _____		
_____		
Précédan operasyon: _____		
_____		
Alèji: _____		
_____		
Medikaman: _____		
_____		
_____		
_____		
	WI	NON
<b>Bwè:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se wi, konbyen fwa _____		
<b>fimen:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si se wi, konbyen fwa _____		
<b>Abiz dwòg:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si ou reponn wi, ki dwòg ak konbyen _____		
<b>Travay?:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travay / Tit: _____		
<b>Istwa fanmi nan Kansè:</b>		
Kansè nan tete <input type="checkbox"/>	Kansè Kolon <input type="checkbox"/>	
Nan ovè Kansè <input type="checkbox"/>	Lòt: _____	
<b>Dyaliz?:</b>	Lundi Mekredi Vandredi	<input type="checkbox"/>
	Madi Jedi Samedi	<input type="checkbox"/>

Dat Siyati a: \_\_\_\_\_