

# CIRUGIA DEL SENO, GENERAL VASCULAR Y ENDOVASCULAR

## H. CHARLES-HARRIS, MD Y ASOCIADOS

### INFORMACION DEL PACIENTE

APPELLIDO \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_ INICIAL \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_ SEXO M[ ] F[ ] FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ # DE SS \_\_\_\_\_

DIRECCION \_\_\_\_\_ # DE APTO \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_ TELEFONO DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

OCUPACION \_\_\_\_\_ EMPLEO \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

### CONTACTO DE ESPOSO/TUTOR

NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

### INFORMACION DEL SEGURO

PRIMARIO \_\_\_\_\_ # DE ID \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

POLIZA DE PROPIO[ ] ESPOSO[ ] PADRE[ ] SEGURO DE COBRA SI[ ] NO[ ]

SECUNDARIO \_\_\_\_\_ # DE ID \_\_\_\_\_ # DE GRUPO \_\_\_\_\_

POLIZA DE PROPIO[ ] ESPOSO[ ] PADRE[ ] SEGURO DE COBRA SI[ ] NO[ ]

### INFORMACION MEDICA

DOCTOR QUE REFIERE \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO (SI DIFERENTE) \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

OTRO DOCTOR \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

OTRO DOCTOR \_\_\_\_\_ ESPECIALIDAD \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE SU FARMACIA

NOMBRE DE FARMACIA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

MI FIRMA A CONTINUACION INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO TODA LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA.

X \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE/FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

FECHA

# CIRUGIA VASCULAR, ENDOVASCULAR Y GENERAL

## H. Charles-Harris, MD Y Asociados

### REVELACION DE INFORMACION, ASIGNACION DE BENEFICIOS, AUTORIZACION DE PAGO, DECLARACION DE REVELACION COMPLETA, ACUERDO PARA PAGAR POR SERVICIOS PROFESIONALES Y EXAMEN DE ACUERDO ESPECIFICO

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Deseo que se pongan en contacto conmigo de la siguiente manera ( marque todo lo que aplique):

- |   |   |  |
|---|---|--|
| * Teléfono de Casa / Celular                                      | * Teléfono del Trabajo  | * Comunicación escrita                                     |
| <input type="checkbox"/> Déjà Mensaje Detallado                   | <input type="checkbox"/> Déjà Mensaje Detallado                   | <input type="checkbox"/> Correo a mi domicilio             |
| <input type="checkbox"/> Déjà el nombre y número de teléfono solo | <input type="checkbox"/> Déjà el nombre y número de telefono solo | <input type="checkbox"/> Correo a dirrección de la oficina |

Yo autorizo cualquier discusión sobre el teléfono en cuanto a mi atención de la salud y el tratamiento médico con las siguientes personas:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor lea y  marque lo siguiente:

He de reconocer que me han proporcionado con el aviso de prácticas de privacidad.

He de reconocer que me han informado de que H. Charles-Harris MD PA no tiene seguro de mala práctica.

- YO AUTORIZO QUE LOS PROVEEDORES DE H. CHARLES-HARRIS MD PA LIBEREN TODA LA INFORMACION SOLICITADA POR OTRO MEDICO PARA PARTICIPAR ACTIVAMENTE EN EL TRATAMIENTO MEDICO, SI ES MEDICAMENTE NECESARIO PARA EL TRATAMIENTO RAPIDO Y EFICAZ DE MI CONDICION MEDICA.
- YO AUTORIZO QUE LOS PROVEEDORES DE H. CHARLES-HARRIS MD PA LIBEREN TODA LA INFORMACION NECESARIA PARA PROCESAR MI RECLAMO Y PARA PERMITIR QUE UNA FOTOCOPIA DE MI FIRMA SE USE PARA PROCESAR MI RECLAMO.
- YO AUTORIZO Y DIRIGO MI OPERADOR DE PAGO QUE ENVIE UN CHEQUE DIRECTAMENTE A LOS PROVEEDORES DE REPRESENTACION H.CHARLES-HARRIS MD PA POR TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS. INDEPENDIEMENTE DE MIS BENEFICIOS DEL SEGURO, SI LOS HUBIERE, YO ENTIENDO QUE SOY TOTALMENTE RESPONSABLE DE CUALQUIER Y TODOS LOS HONORARIOS INCURRIDOS Y ESTOY DE ACUERDO EN PAGAR EL SALDO EN SU TOTALIDAD. YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE POR LOS COSTOS DE COBRO Y EL INTERES (1.5% DE SALDO PENDIENTE DE PAGO POR MES) DEBO DEJAR DE REALIZAR EL PAGO DE MANERA OPORTUNA.
- LA INFORMACION PROPORCIONADA AQUI REPRESENTA UNA DECLARACION COMPLETA DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO A LA QUE TENGO DERECHO. ENTIENDO QUE EL HECHO DE NO DIVULGAR PRE-CERTIFICACION / SEGUNDA OPINION SON REQUISITOS PARA CUALQUIER Y TODOS LOS PLANES QUE SUSCRIBO Y ME PONE A MI LA PLENA RESPONSABILIDAD PARA GASTOS DE PROFESIONALES COMO CONSECUENCIA DE LA FALTA DE PAGO DE CUALQUIER OPERADOR.
- ENTIENDO Y ESTOY DE ACUERDO QUE LOS PROVEEDORES DE H. CHARLES-HARRIS MD PA SE ESPERA QUE SOLO EXAMEN EL AREA ESPECIFICA DE DENUNCIA JUNTO CON LOS DESCARGADOS EN RELACION CON LAS ZONAS DE ESTA DENUNCIA. UN COMPLETO EXAMEN FISICO SE DEBE HACER / HA SIDO REALIZADO POR MI MEDICO DE ATENCION PRIMARIA.

X

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

# CIRUGIA VASCULAR, ENDOVASCULAR Y GENERAL

## H. Charles-Harris, MD Y Asociados

### AUTORIZACION PARA LIBERACION DE LOS REGISTROS MEDICOS

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Uso de la oficina solamente

FECHA DE LA SOLICITUD: \_\_\_\_\_

AUTORIZADO: \_\_\_\_\_

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

INFORMACION A SER LIBERADO: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE DIVULGACION: \_\_\_\_\_

- Yo entiendo que yo, o la persona autorizada para actuar en mi nombre, tengo derecho a recibir una copia de esta autorización, el solicitante puede ser una copia de esta autorización.
- Soy consciente de las consecuencias que pueden ocurrir como resultado de mi firma de la presente solicitud de autorización o de mi negación a hacerlo. yo entiendo que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas en función de esta autorización.
- Yo autorizo cualquier médico, enfermera, hospital u otro proveedor que me asistieron a tratamiento, o de tener en su poder los registros y / o información con respecto a la misma, con el fin de establecer esos registros a la parte requirente por encima.
- Al firmar a continuación informo que autorizaba el Dr. H. Charles-Harris o a su representante a petición/ liberar la información solicitada anteriormente señalados.

X

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE

\_\_\_\_\_  
FECHA

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

## General, Vascular, & Endovascular Surgery

---

### RECONOCIMIENTO DE MALA PRÁCTICA MÉDICA

“Bajo la ley de la Florida, los doctores están generalmente requeridos a tener seguro médico de mala práctica o demostrar responsabilidad financiera para cubrir reclamos potenciales para mala práctica medica. **SU DOCTOR A DECIDIDO NO TENER EL SEGURO DE MALA PRÁCTICA.** Esto es permitido bajo la ley de la Florida sujeto a ciertas condiciones. La ley de la Florida impone penalidades en contra de doctores sin seguro que fallan a satisfacer juicios adversos causados por reclamos de mala práctica médica hasta una cantidad minima de acuerdo con la Estatua de la Florida s.458.320. Está noticia es proveída de acuerdo con la ley de la Florida.”

A mi me han informado que el Dr. Håkan Charles-Harris, Dr. Jose A. Martin, Elke Ojeda Ulloa PA-C y Zina El-Daghar PA-C no tienen seguro de mala práctica médica.

Firmado:

\_\_\_\_\_  
Paciente/Garante Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento

*Chart copy*

---

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

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

## General, Vascular, & Endovascular Surgery

---

### RECONOCIMIENTO DE BENEFICIOS DEL SEGURO

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PÓLIZA DE SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ # DE IDENTIFICACIÓN: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ RELACION: \_\_\_\_\_

PÓLIZA DE SEGURO SECUNDARIA: \_\_\_\_\_ # DE IDENTIFICACION: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GARANTE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

**FIRMANDO DEBAJO VERIFICO QUE NO TENGO NINGUNA OTRA COBERTURA MÉDICA OTRA DE LAS QUE PROVEÉ ENCIMA.**

X \_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE/FIRMA DE PERSONA RESPONSIBLE PARA EL PACIENTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

# H. CHARLES-HARRIS, MD Y ASOCIADOS

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

## SISTEMA DE REVISIÓN

**PRESENTE PASADO**

- 1. CONSTITUCIONAL (Salud en General)**  
 Aumento de Peso    
 Pérdida de Peso    
 Pérdida de Apetito    
 Previo Diagnóstico de Cáncer
- 2. OJOS, OIDOS, NARIZ, GARGANTA**  
 Glaucoma    
 Cataratas    
 Cirugía de Visión    
 Pérdida de Audición    
 Dolor Facial o Parálisis
- 3. RESPIRATORIO (Pulmones & Respiración)**  
 Bronquitis    
 Dificultad para Respirar    
 Asma
- 4. CARDIOVASCULAR (Corazón)**  
 Ataque del Corazón    
 Dolor de Pecho    
 Coágulos de Sangre    
 Hipertensión    
 Latido Irregular
- 5. GASTROINTESTINAL (Estomago Y Intestinos)**  
 Acidez/Reflujo    
 Hepatitis    
 Sangre en heces    
 Diarrea/estreñimiento
- 6. SISTEMA ENDOCRINO (Glándulas)**  
 Diabetes    
 Intolerancia de calor/frío    
 Irregularidad Menstrual    
 Problema de Tiroides    
 Tratamiento de Hormonas
- 7. TEGUMENTARIO (Piel, Cabello Y Senos)**  
 Cánceres    
 Erupciones    
 Masas    
 Infecciones Genitales
- 8. SISTEMA URINARIO (Riñones Y Vejiga)**  
 Cálculos en Riñones    
 Problemas de Próstata    
 Problemas de Vejiga    
 Dificultad Urinaria
- 9. NEUROLOGICO (Cerebro Y Nervios)**  
 Derrame    
 Epilepsia    
 Golpes en la Cabeza    
 Dolores de Cabeza Frecuentes    
 Temblor    
 Problemas con balance
- 10. PSIQUIATRICO (Humor Y Pensamientos)**  
 Depresión    
 Ansiedad    
 Esquizofrenia    
 Disorden Bipolar

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_

**PRESENTE PASADO**

- 11. MÚSCULO ESQUELETICO (Músculos, Huesos, Articulacion)**  
 Dolor de Coyuntura    
 Músculos Doloridos    
 Dolor de Espalda    
 Inflamación de Coyunturas
- 12. HEMATOLOGIA (Sangre/Linfático)**  
 Sangramiento Fácil    
 Morados Fáciles    
 Anemia    
 Historial de Transfusiones    
 Leucemia
- 13. ALERGIA / INMUNOLOGICO**  
 Alergias Estacionales    
 Infecciones Frecuentes    
 VIH
- 14. ARTERIOPATIA PERIFERICA**  
 Dolor que no permite caminar    
 Calambre nalga/pantorrilla/muslo    
 Dolor en dedos / pies    
 Discoloración oscura dedo./pie    
 Gangrena de pies    
 Inflamación de piernas / pies

Historial Médica del Pasado: \_\_\_\_\_

Cirugía Previa: \_\_\_\_\_

Alergias: \_\_\_\_\_

Medicaciones: \_\_\_\_\_

	SI	NO
<b>Toma:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, cuanto _____		
<b>Fuma:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, cuanto _____		
<b>Abuso de Drogas:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si es sí, cual droga y que cantidad _____		
<b>Empleado?:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trabajo/Título: _____		

**Historial de Cáncer en Familia:**  
 Cáncer del Seno     Cáncer del Colon   
 Cáncer de Ovario     Otro: \_\_\_\_\_  
**Diálisis?:**    Lun Miér Vie   
                   Mar Jue Sáb

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_