

Patient Information / Información Del Paciente

Last Name / Apellido: _____ First Name / Nombre: _____

Address / Dirección: _____

Birth date / Fecha de Nacimiento: _____ Sex / Sexo: _____ Age / Edad: _____

Marital status: Single-Estatus ☐ Married-Casado ☐ Divorced-Divorciado ☐ Widow -Viudo ☐

Phone No. / Teléfono: _____ Emergency Phone No. / Tele. De Emergencia: _____

Pharmacy / Farmacia: _____ E-mail Address / Correo Electrónico: _____

Social Security No. / Numero de Seguro Social: _____ Referred by / Referido por: _____

How do you preferred to be contacted ☐ Email ☐ Telephone ☐ Mail ☐ Fax
Prefiere que nos comuniquemos con usted por? ☐ Correo Electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo ☐ Fax

Insurance Information / Información Del Paciente
Primary Insurance / Seguro Primario

Insurance Name / Nombre de Seguro: _____
ID and Group No. / No. Identificación y Grupo: _____

Policy Holder Name (If different than patient): _____
Nombre del Asegurado (Si no es el paciente): _____

Secondary Insurance / Seguro Secundario

Insurance Name / Nombre de Seguro: _____
ID and Group No. / No. Identificación y Grupo: _____

Employed ☐ Not Employed ☐ Retired ☐ Employer: _____ Phone No. /
Empleado ☐ Desempleado ☐ Retirado ☐ Empleador: _____ Teléfono: _____

In Case of Emergency / En caso De Emergencia

Name / Nombre: _____ Relationship / Relación: _____ Phone No / Teléfono: _____

The above information is true to the best of my knowledge. I authorize my insurance benefits be paid directly to the physician. I understand that I am financially responsible for any balance. I also authorize **PETER V. CHOY MD. & DR. RICARDO O. CALONGE MD.** or insurance company to release any information required to process my claims.

A mi conocimiento la información previa es correcta. Autorizo que mi seguro abone directamente al doctor y entiendo que soy responsable por cualquier balance. Autorizo al **PETER V. CHOY MD. & RICARDO O. CALONGE MD.** y a mi información medica para procesar todas mis reclamaciones.

Patient Signature: _____ Date: _____
Firma del Paciente: **X** _____ Fecha: _____

Assignment of Benefit Agreement

I hereby authorize my insurance company, including Medicare if I am a Medicare Beneficiary, to make payments to **CHOY AND CALONGE MD** for medical or surgical services or items rendered to me or my dependent by **CHOY AND CALONGE MD**. Should my insurance carrier deny **CHOY AND CALONGE MD** payment, I understand that I am financially responsible for the charges. I authorize **CHOY AND CALONGE MD** to release any and all of my records to my insurer, or any other third party payer, legally responsible for the payment of medical expenses. I certify that the information provided or to be provided by me is correct and complete to the best of my knowledge. It is my responsibility to update any and all personal, insurance and health information.

Signature / Signatura: **X** _____ Date / Fecha: _____

Past Medical History

Circle if you have any of the following serious illnesses:

High Blood Pressure
Elevated Cholesterol
Cancer
Emphysema
Pneumonia
Tuberculosis
Ulcers
Diverticulitis
Hepatitis
Gallbladder Disease
Stroke
Coronary Heart Disease
Asthma
Venereal Disease
Cirrhosis
Seizure Disorder
Thyroid Disease
Diabetes
Other _____

Surgeries: _____

Allergies: _____

Past Family History

Circle if an illness runs in your family? Relationship?

Diabetes _____
Tuberculosis _____
Heart Disease _____
Cancer _____
High Blood Pressure _____
Kidney Failure _____
Other: _____

Social Habits

Do you smoke? Packs per day? _____
Do you drink alcohol? Coffee? _____
Have you ever used illegal drugs? _____

Which Medications are you currently taking (include non-prescription/over the counter)?

Cuales Medicinas Esta Tomando Ahora (incluyendo medicinas sin recetas)?

When was your last Flu/Pneumonia vaccine? _____
Cuando fue su ultima vacuna contra flu/tetano/neumonia? _____

When was your last Mammogram? Pap Smear? _____
Cuando fue su ultima Mamografia? Citologia/Papaniculao? _____

When was your last Colonoscopy? Prostate Exam? _____
Cuando fue su última Colonoscopia? Examen de Próstata? _____

If you have diabetes, when was the last time you had a dilated eye exam? _____
Si Ud. es diabético, cuando fue su ultimo examen de dilatación pupilar? _____

Historia Medica Pasada

Circule si ha tenido alguna de las siguientes enfermedades:

Hipertensión Arterial
Colesterol Elevado
Cáncer
Enfisema
Neumonía
Tuberculosis
Ulcera
Divertículos
Hepatitis
Enfermedad Vesicular
Enfermedad Cerebrovascular (Stroke)
Enfermedad Coronaria
Asma
Enfermedad Venérea
Cirrosis
Epilepsia
Enfermedad Tiroidea
Diabetes
Otra _____

Cirugias: _____

Alergias: _____

Historia Familiar

Circule cual enfermedad existe en su familia? Relación?

Diabetes _____
Tuberculosis _____
Enfermedad Cardiovascular _____
Cáncer _____
Hipertensión Arterial _____
Fallo Renal _____
Otra: _____

Hábitos Sociales

Usted fuma? Frecuencia? _____
Usted ingiere bebidas alcohólicas? café ? _____
Usted ha usado drogas ilegales? _____

ENGLISH

Advanced Directives

Advanced Directives is a written statement about how you want medical decisions to be made should you not be able to make them yourself.

The three types of advanced directives are:

- A Living Will: It tells your family what kind of medical care you want to receive or not receive. Have you prepared a Living Will? Yes__ No__
- A Health Care Surrogate Designation: It is a document where you designate someone to make decisions for you if you are not able to do so yourself.
Have you designated someone to make decisions for you? Yes__ No__
If (yes) please provide their contact information:

Name _____ Address _____
Phone _____

- Anatomical Donation: It indicates if you want to donate any organ after death.
Have you made a decision about organ donation? Yes__ No__

My signature below acknowledges that I have received the information and that:

Yes, I _____ will fill out and return the forms to my doctor.

No, I _____ do not wish to fill out the Advanced Directives form.

SPANISH

Directiva de Instrucciones Anticipadas a los Médicos, Familiares o Substitutos

Estos son documentos para identificar o autorizar quien puede tomar decisiones medicas en caso que usted este incapacitado.

Hay tres tipos de directivas:

- Testamento en Vida: Describe que tratamientos médicos usted desea recibir o que no desea recibir. Tiene usted este tipo de documento? Si__ No__
- Nombramiento de Substituto Para Cuidado de Salud. Este documento nombra una persona que haga decisiones por usted. Ha decidido usted qui en puede tomar decisiones por usted en caso que usted este incapacitado? Si__ No__
Si la respuesta es (Si) favor de dar la información de la persona:

Nombre _____ Dirección _____
Teléfono _____

- Formulario Uniforme: Este documento le deja saber a su familia y a su medico si va a donar algún órgano después de su fallecimiento. Tiene usted este tipo de documento? Si__ No__

Mi firma aquí significa que he recibido la información descrita y que:

Si, yo _____ voy a llenar y regresar el formulario a mi doctor.

No, yo _____ no quiero llenar el formulario.

PETER V. CHOY M.D
RICARDO O. CALONGE M.D.

3661 S. MIAMI AVE #606
MIAMI, FL. 33133
PH: (305)856-3881
FAX: (305)859-2093
choycalonge@gmail.com

CONSENT FOR E-MAIL COMMUNICATION

We have decided to offer email for you convenience. Please be aware that email should never be used for urgent or emergency purposes. For example if you are having chest pain, vomiting blood, shortness of breath or any other serious complaint, you should come into the office or call 911. Likewise, any confidential information should not be sent via email. We usually will respond to your email within 48-72 hours. If you do not hear from us in this timeframe, please call the office or write us a letter. Finally, be aware we do not respond to your email with email. Rather we will call you in response to your email. For this reason, always provide your date of birth and your contact number in the email.

I have read and understand the above.

Patient Name _____
Patient Date of Birth _____
Patient Signature _____

CONSENTIMIENTO PARA LA COMUNICACIÓN E-MAIL

Hemos decidido ofrecer el correo electrónico para su conveniencia. Tenga en cuenta que el correo electrónico nunca se debe utilizar para urgencia o casos de emergencia. Por ejemplo, si usted está teniendo dolor de pecho, vómitos con sangre, dificultad para respirar o cualquier denuncia seria, usted debe ir a la oficina o llamar al 911. Del mismo modo, cualquier información confidencial no debe ser enviada por correo electrónico. Por lo general, responderemos a su correo electrónico dentro de la 48-72 horas. Si no tienes noticias de nosotros en este tiempo, por favor llame a la oficina o escriba una carta. Por último, tenga en cuenta que no responderemos a su correo electrónico con un correo electrónico. Más bien nosotros le llamaremos en respuesta a su correo electrónico. Por esta razón, siempre proporcione su fecha de nacimiento y su número telefónico de contacto en el email.

He leído y entendido lo anterior.

Nombre _____
Fecha de Nacimiento _____
Firma del Paciente _____

PETER V. CHOY M.D
RICARDO O. CALONGE M.D.

3661 S. MIAMI AVE #606
MIAMI, FL. 33133
PH: (305)856-3881
FAX: (305)859-2093
choycalonge@gmail.com

CONSENT FOR USE AND DISCLOSURE OF HEALTH INFORMATION

SECTION A: Patient Giving Consent

Name: _____ Address: _____
Telephone: _____ Soc. Sec: _____

SECTION B: To the Patient - Please read the following statements carefully

Purpose of Consent. By signing this form you will consent to our use and disclosure of your protected health information to carry out treatment, payment activities and healthcare operations.

Notice of Privacy Practices. You have the right to read our *Notice of Privacy Practices* before you decide whether to sign this consent. Our notice provides a description of our treatment, payment activities and healthcare operations, of the uses and disclosures we may make of your protected health information, and of other important matters about your protected health information. A copy of our notice accompanies this consent. We encourage you to read it carefully and completely before signing this consent.

We reserve the right to change our privacy practices as described in our *Notice of Privacy Practices*. If we change our privacy practices, we will issue a revised *Notice of Privacy Practices*, which will contain the changes. Those changes may apply to any of our protected health information that we maintain.

Right to Revoke. You will have the right to revoke this consent at any time by giving us written notice of your revocation submitted to the contact person listed above. Please understand that revocation of this consent will not affect any action we took in reliance on this consent before we received your revocation, and that we may decline to treat you or to continue treating you if you revoke this consent.

I, _____ have had full opportunity to read and consider the contents of this consent form and your *Notice of Privacy Practices*. I understand that, by signing this consent form, I am giving my consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out treatment, payment activities and healthcare operations.

Signature: _____ Date: _____

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y EL ACCESO DE LA INFORMACION DE SU SALUD

SECCION A: Consentimiento del paciente

Nombre: _____ Dirección: _____
Teléfono: _____ Número del S.S.: _____

SECCION B: Para el paciente - Por favor lea cuidadosamente las siguientes declaraciones.

Propósito del consentimiento. Al firmar este formulario, usted estará consintiendo a nuestro uso y acceso de su información protegida de salud a realizar tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado dado de la salud.

Aviso de las Prácticas de Confidencialidad. Usted tiene el derecho de leer nuestro aviso de las *Prácticas de Confidencialidad* antes de decidir si quiere firmar este consentimiento. Nuestro aviso proporciona una descripción de nuestro tratamiento, actividades de pagos y operaciones del cuidado de la salud, de las aplicaciones y de los accesos podemos hacer de su información protegida de salud, y de otras materias importantes sobre su información protegida de salud. Una copia de nuestro aviso acompaña este consentimiento. Reservamos el derecho de cambiar nuestras *Prácticas de Confidencialidad* según descrito en nuestro aviso de las *Prácticas de Confidencialidad*. Si cambiáramos nuestras *Prácticas de Confidencialidad*, publicáramos un revisado aviso de las *Prácticas de confidencialidad*, que contendrían los cambios. Esos cambios pueden se aplicados a cualquiera de nuestra información protegida que mantengamos.

Derecho de revocación. Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento dándonos un aviso por escrito de revocación y dirigido a la persona listada arriba. Por favor entienda que la revocación de este consentimiento no afectara las acciones que hayamos tornado en dependencia en este consentimiento antes de que hayamos recibido dicha revocación, y que podemos declinar tratarlo o continuar tratándolo si usted revoca este consentimiento.

Yo, _____ he tenido la oportunidad de leer en su totalidad y considerar el contenido de esta documento de consentimiento y su aviso de las practicas de confidencialidad. Entiendo que, al firmar este formulario de consentimiento, estoy dando mi consentimiento para el uso y acceso de mi información protegida de salud de realizar el tratamiento, las actividades de pagos y las operaciones del cuidado de la salud.

Firma: _____ Fecha: _____

You may obtain a copy of our *Notice of Privacy Practices*, including any revisions of our notice, at any time by contacting:
Usted puede obtener una copia de nuestro aviso de las *Prácticas de Confidencialidad*, incluyendo cualquier nueva revisión de nuestro aviso, en cualquier momento, contactando a:

Contact Person: Cristina Garcia Address: 3661 South Miami Ave Suite 606
Telephone: 305-856-3881 Fax: 305-859-2093

PETER V. CHOY M.D.
RICARDO O. CALONGE M.D.

3661 S. MIAMI AVE #606
MIAMI, FL. 33133
PH: (305)856-3881
FAX: (305)859-2093
choycalonge@gmail.com

ACKNOWLEDGMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

**** YOU MAY REFUSE TO SIGN THIS ACKNOWLEDGMENT****

I understand that, under the Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), I have certain rights to privacy regarding my protected health information. I understand that this information can and will be used to:

- Conduct, plan and direct my treatment and follow-up among the multiple healthcare providers who may be involved in that treatment directly and indirectly.
- Obtain payment from third-party payers.
- Conduct normal healthcare operations such as quality assessments and physician certifications.

I have received, read and understand your **Notice of Privacy Practices** containing a more complete description of the uses and disclosures of my health information. I understand that this organization has the right to change its **Notice of Privacy Practices** from time to time and that I may contact this organization at any time at the address above to obtain a current copy of the **Notice of Private Practices**.

I understand that I may request in writing that you restrict how my private information is used or disclosed to carry out treatment, payment or health care operations. I also understand you are not required to agree to my requested restrictions, but if you do agree then you are bound to abide by such restrictions.

Patients Name: _____ Signature: _____
If other than patient, relationship: _____ Date: _____

RECONOCIMIENTO DEL RECIBO DEL AVISO DE LAS PRACTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

**** USTED PUEDE REHUSAR FIRMAR ESTE RECONOCIMIENTO ****

Entiendo que, bajo el acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos a la confidencialidad con respecto a mi información protegida de salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada:

- Para conducir, planear y dirigir mi tratamiento y como carta recordativa para los múltiples abastecedores del cuidado de la salud que pueden estar implicados directamente o indirectamente con mi tratamiento.
- Para obtener el pago de pagadores de tercera persona.
- Para conducir las operaciones normales del cuidado de la salud tales como evaluaciones de calidad y las certificaciones del médico.

He recibido, leído y entendido su **Aviso de las Prácticas de Confidencialidad** que contiene una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su **Aviso de las Prácticas de Confidencialidad** de tiempo en tiempo y que puedo contactar a esta organización en cualquier momento a la dirección que está arriba, para obtener una copia actual del **Aviso de las Prácticas de Confidencialidad**.

Yo entiendo que puedo solicitar por escrito que se restrinja como mi información privada es utilizada o divulgada para realizar el tratamiento, pagos u operaciones del cuidado médico. También entiendo que no se requiere que estén de acuerdo con estas restricciones, pero si usted conviene, usted está limitado para cumplir con tales restricciones.

Nombre del Paciente: _____ Firma: _____
Si no es el paciente, relación: _____ Fecha: _____