



Carlos F. Chang, M.D.

1862 Mayo Drive - Tavares FL 32778
Ph 352 3430053 Fx 352 3430059

Diplomate of the American Board of Internal Medicine
Board Certified in Geriatric Medicine

Bienvenida a nuestra practica

Hoja Demográfica del Paciente

Por favor imprimir a mano

Fecha _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____
(Apellido) (Nombre) (Segundo Nombre)

Estado Civil Casado Soltero Divorciado Viudo Núm Seguro Social # _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Telefonos: Casa _____ Celular _____ Trabajo _____

Si, puede dejar un mensaje en mi buzón de voz para confirmar citas u otra informacion.

Correo Electrónico _____

Farmacia Preferida: Local _____ Pedidos por correo _____

Empleador del paciente _____ Ocupación _____

Persona responsable de la factura _____ Relación _____

Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Referido por _____

INFORMACION DE SEGURO MEDICO

SEGURO PRIMARIO		SEGURO SECUNDARIO	
Nombre del asegurado:		Nombre del asegurado:	
Fec de Nac:	Medicare #	Fec de Nac:	Medicare #
Seguro:		Seguro:	
ID#:	Grupo:	ID#:	Grupo:
Dirección :		Dirección:	

Razón por la visita _____

Autorización para Divulgar Información y Pagar Beneficios

Yo autorizo a cualquier médico que me haya tratado o atendido o a mi dependiente de proveer información médica que ha sido requerida. En consideración a los servicios rendidos, yo transfiero y asigno a Dr. Carlos Chang, que me a tratado a mí o mi dependiente, cualquier beneficio que podría ser brindado por el seguro. Una copia de esta autorización sera considerada como efectiva y válida tal como la original.

Firma _____

Fecha _____

NAME:

DOB:



PAYMENT AGREEMENT AND FINANCIAL POLICY--- *please read*

Upon check-in, we will collect your deductible, co-pay, uncovered services, or percent of your responsibility. Please be prepared to pay before you are seen by the doctor.

Please be thorough with your insurance information if you expect us to file for you. Bring your card with you and a driver's license without these we will be unable to see you!

CANCELLATION AND NO SHOW FEES/NOTICE: Failure to cancel an appointment within 24 hours will result in a \$50.00 no show fee that will be charged directly to you.

FOR PATIENTS WITH INSURANCE: As a courtesy, we will file your insurance. We will bill contracted insurance carriers if proper and correct information is provided. As some time limits are dictated to us, insurance information must fill out corrected initially. If incorrect information is provided, then the patient will be responsible for payment in full. It is your responsibility to make sure we receive prompt payment from them. It is useful to maintain frequent contact with your insurance carrier to make sure they are paying as they should. Any Copayments, Coinsurance, and/or deductibles are due at the time of service.

TO ALL MEDICARE PATIENTS: We will continue to participate as Medicare providers. We will bill Medicare as well as secondary insurance, but if payment is not received from your secondary insurance within 45 days you will be notified and must pay our office the balance due. You must then contact your secondary insurance to pay you for the balance you paid our office. If no secondary insurance information is provided, patients will be responsible for 20% of the Medicare allowable charge at the time of service. Any Copayments, Coinsurance, and/or deductibles are due at the time of service.

BALANCES: All due balances should be paid prior to your next appointment. Accounts that have balances more than 90 days past due may possibly be turned over to a collection agency unless previous arrangements have been made.

COLLECTION PROCEDURES: Collection procedures are started after 3 invoices have been sent to the address in file and personal contact has been attempted. It is requested that you keep your information updated should there be any changes in addresses. In the unfortunate event your account should be sent to collection and you wish to return to the practice (subject to practice discretion), a surcharge of 50% will be added to balance administrative fees.

If your insurance denies payment on your account you will be asked to pay by check, cash, or charge. If you do not pay in a timely fashion, your account may be subject to a monthly finance charge and turned over to collections. If you do not agree with the denial it is your responsibility to pay services and take it up with your insurance.

SELF PAY PATIENTS: This category includes those people with no insurance and patients who have an indemnity plan and wish to file their own insurance. Payment for medical services is expected on the day the services are rendered. We accept Visa, MasterCard, checks, and money orders. If you will not be able to pay for our services in full, you must contact the office to make a payment agreement before coming to see the doctor.

If your insurance is out of state (except PPO insurance), you must pay for your visit at the time of service. 95% of out of state insurance companies pay the patient and will not pay us directly (even if they tell you they will).

Imprima Nombre del Paciente

Imprima Nombre del Fiador (si no es el paciente)

Firma del paciente

Fecha

NAME:

DOB:



Carlos F. Chang, M.D.

1862 Mayo Drive - Tavares FL 32778
Ph 352 3430053 Fx 352 3430059

Diplomate of the American Board of Internal Medicine ■
Board Certified in Geriatric Medicine ■

AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient Name _____

Date of Birth _____

Previous Name _____

SSN: _____

I hereby request and authorize the release of medical information to Dr. Carlos F. Chang, MD, for purposes of review and examination and further authorize you to provide such records thereof as may be requested. The foregoing is subject to such limitation as listed below:

- Entire Record
- Old record from previous physician
- Specific information _____

Source of information:

I give special permission to release any information regarding:

- Substance Abuse
- HIV/ STD information
- Psychiatric/ mental information

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) as defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, Chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome), and gonorrhea.

Patient Signature: _____

Date Signed: _____

THIS AUTHORIZATION EXPIRES UPON PRESENTATION OF WRITTEN REQUEST.

NAME:

DOB:



1862 Mayo Drive - Tavares FL 32778
Ph 352 3430053 Fx 352 3430059

Diplomate of the American Board of Internal Medicine ■
Board Certified in Geriatric Medicine ■

AUTHORIZATION FOR DISCLOSURE OF IDENTIFIABLE HEALTH INFORMATION

Purpose: This form is used to confirm the direction of an individual that Carlos F. Chang, MD.'s practice uses to disclose protected health information for a particular or general purpose. I understand that the information I authorize a person or entity to receive maybe re-disclosed and no longer protected by federal privacy regulations.

SECTION A: The Individual confirming the authorization: Self Individual's Representative

Name: _____

Address: _____

Telephone: _____ E-mail: _____

Please list persons/ organizations authorized to receive the information:

If limits are placed on the extent information is to be disclosed, please specify above.

SIGNATURES(place initials on lines and sign below)

_____ I have had full opportunity to read and consider the contents of this authorization, and I confirm that the contents are consistent with my direction to you. I understand that, by signing this form, I am confirming my authorization that you may use and/or disclose to the persons and/or organizations named in this form the protected health information described in this form.

_____ I understand that I may revoke this authorization at any time by notifying Carlos F. Chang, MD., in writing, except to the extent that action has already been taken in reliance on this authorization.

_____ I acknowledge that I have received Carlos F. Chang, MD., PA. Notice of Privacy Practices. I have had full opportunity to read and consider the contents of this Notice of Privacy Practices.

_____ I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to assure treatment.

_____ Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the event of departure from the practice.

Signature: _____ Date: _____

If this authorization is signed by a personal representative on behalf of the individual, complete the following:

Personal Representative's Name: _____

Relationship to Individual: _____

YOU ARE ENTITLED TO A COPY OF THIS AUTHORIZATION AFTER YOU SIGN IT.

NAME:

DOB:



INFORMACION DE MANTENIMIENTO DE LA SALUD

Último examen físico _____	Examen de próstata _____
Última prueba de sangre _____	Colonoscopia _____
ECG _____	Vacuna contra neumonía _____
Radiografía de pecho _____	Vacuna contra neumocócica _____
Examen pélvico/ PAP _____	Vacuna contra influenza _____
Mamograma _____	Vacuna contra el tétanos _____
Densidad ósea/ DEXA _____	Vacuna contra varicela _____

HISTORIA MEDICA PERSONAL

Artritis <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Atrial fibrillation <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
COPD <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Arteria Carotida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prob. de circulación <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Arteria Coronaria <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Presión Alta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibromialgia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Hyperthyroidism <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apnea del sueño <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Úlcera estomacal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prob. válvula de corazón <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Reflujo ácido <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prob. Riñon <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ansiedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Prob. próstata <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolor lumbar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Reumatismo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	HIV <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cancer <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____		
Otras Condiciones _____		

NAME:

DOB:



HISTORIA QUIRURGICA (por favor liste todas las cirugías y fechas)

Año/Procedimiento

Año/Procedimiento

LISTA DE MEDICAMENTOS

HISTORIA SOCIAL

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Separado Viudo Hijos? _____

Ocupación _____ Retirado Si No

Fumar Tabaco Nunca Cesar _____ Activo _____ Masticado Si No

Uso de Alcohol Ningún Consumo excesivo 1-2 bebidas al día 3 o más bebidas al día

Directivas Avanzadas: Testamento de Vida Si No Sustituto de la Salud Si No Poder Legal Si No

HISTORIA FAMILIAR

Abuelos _____ Ningún

Madre _____ Ningún

Padre _____ Ningún

Hermanas _____ Ningún

Hermanos _____ Ningún

NAME:

DOB:



Síntomas

Fiebre_____No	Sí	Eructos_____No	Sí	Ataques de panico/ ansiedad_____No	Sí
Escalofríos_____No	Sí	Acidez_____No	Sí	Llantos_____No	Sí
Malestar_____No	Sí	Reflujo ácido_____No	Sí	Tristeza_____No	Sí
Fatiga_____No	Sí	Estreñimiento_____No	Sí	Cambios de humor_____No	Sí
Bajo de peso_____No	Sí	Diarrea_____No	Sí	Falta de disfrute_____No	Sí
Aumento de peso_____No	Sí	Vómitos de sangre No	Sí	Pesimismo_____No	Sí
↓ Appetito _____No	Sí	Heces negras_____No	Sí	Alucinaciones_____No	Sí
↑ Appetito _____No	Sí	Sangre en heces_____No	Sí	Hiperactividad_____No	Sí
Insomnia _____No	Sí	Incontinencia de heces No	Sí	Problemas de sangrado _____No	Sí
Retención de líquidos_ No	Sí	Hemorroides_____No	Sí	Nodos inflamados_____No	Sí
Intolerancia al frío _____No	Sí	Dolor rectal _____No	Sí	Anemia (sangre baja)_____No	Sí
Sudores_____No	Sí	Dolor al orinar _____No	Sí	Infecciones frecuentes_ No	Sí
Vision borrosa_____No	Sí	Sangre en la orina_____No	Sí	Venas varicosas_____No	Sí
Cataratas_____No	Sí	Urinación frecuente_ No	Sí	Erupciones en piel _____No	Sí
Picor del párpado_____No	Sí	Urgencia urinaria _____No	Sí	Lunares cambiando_____No	Sí
Flotadores en ojos_____No	Sí	Vaciado incompleto_____No	Sí	Llagas en piel_____No	Sí
Vision doble_____No	Sí	Urinación nocturna excesiva_____No	Sí	Problemas de uñas/ cabello_____No	Sí
Congestion Nasal_____No	Sí	Incontinencia urinaria No	Sí	Alergias	
Nariz que moquea_____No	Sí	Dolor en las coyunturas No	Sí	Alergia a Penicilina_____No	Sí
Picor de nariz_____No	Sí	Inflamación en las coyunturas_____No	Sí	Alergia a Sulfamida_____No	Sí
Sangrado en nariz_____No	Sí	Dolor en cuerpo_____No	Sí	Alergia a Aspirina_____No	Sí
Goteo postnasal_____No	Sí	Dolor en espalda crónico_____No	Sí	Alergia a Narcótico_____No	Sí
Dolor de garganta_____No	Sí	Debilidad _____No	Sí	Otras Alergias_____No	Sí
Zumbido del oído_____No	Sí	Dolor muscular_____No	Sí	Solo Mujeres	
Perdida de audicion_____No	Sí	Puntos sensibles_____No	Sí	Flujo vaginal/picazón_____No	Sí
Dolor de oído_____No	Sí	Inflamación en piernas_ No	Sí	Dolor pélvico_____No	Sí
Oídos tapados_____No	Sí	Calambre en piernas_ No	Sí	Menstruaciones anormales_____No	Sí
Drenaje de oídos_____No	Sí	Dolor en cuello crónico No	Sí	Sofocos_____No	Sí
Tos_____No	Sí	Inestabilidad caminando_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
Resollar_____No	Sí	Dolor de cabeza frecuente_____No	Sí	Dolor en senos_____No	Sí
Falta de aliento_____No	Sí	Adormecimiento/ estermecimiento_____No	Sí	Chichón en senos_____No	Sí
Tos con sangre_____No	Sí	Neuropatía _____No	Sí	Secreción del pezón_____No	Sí
Respiración dolorosa_ No	Sí	Convulsiones_____No	Sí	Terapia hormonal_____No	Sí
Estridor_____No	Sí	Cambio de estado mental_____No	Sí	Solo Hombres	
Dolor de pecho_____No	Sí	Mareos_____No	Sí	Dificultad iniciar orina No	Sí
Sin aliento con activid No	Sí	Vértigo_____No	Sí	Urinación lenta_____No	Sí
Palpitaciones_____No	Sí	Problemas de memoria No	Sí	Masas testiculares No	Sí
Sudoración profusa_____No	Sí	Temores_____No	Sí	Disminución del deseo sexual_____No	Sí
No se puede acostar_____No	Sí	Desmayos _____No	Sí	Erecciones problemáticas No	Sí
Despierta jadeando_____No	Sí	Depresión_____No	Sí		
Hinchazón de pies_____No	Sí				
Desmayos _____No	Sí				
Dolor abdominal_____No	Sí				
Náusea_____No	Sí				
Vomitarse_____No	Sí				
Indigestion frecuente No	Sí				

NAME:

DOB: