



Jay Chavda, M.D., P.A.

Jay Chavda, M.D.

Patient Information (Informacion De El Paciente)

Jay Chavda, M.D.

Date: _____ Birthdate: _____ SSN#: _____
(Fecha) (Fecha de Nacimiento) (Seguro Social)

Patient Name: _____
(Nombre de el Paciente) Last, First (Apellido, primer nombre)

How did you hear about us? _____ Referred by _____, MD
(Como escucho sobre nosotros?) (Friend, doctor, internet, yellow pages, etc...) (Fue referido por el(a) Dr.)

Address (Direccion): _____
Street (Calle) City (Ciudad) Zip (Codigo Postal)

Home Number (Telefono): _____ Sex (Sexo): Male Female

Preferred Pharmacy Telephone Number: (telefono de su farmacia) _____ - _____ - _____

Email Address (correo electronico): _____ @ _____ .com

Marital Status (Estado Civil): Married Single Divorced Widowed Separated Minor
(Casado) (Soltero) (Divorciado) (Viudo) (Separado) (menor de edad)

Patient's or Parent's Employer: _____ Occupation (Ocupacion): _____
(Lugar de Trabajo de el paciente o de los padres)

Full Time Part Time Retired None Student (Tiempo completo Parcial Estudiante)

Work Address: _____ Work Phone: _____
(Direccion de Trabajo o Escuela) (Telefono de Trabajo)

Primary Insurance Information (Informacion de la Aseguranza)

Name of Insurance: _____ HMO PPO Medicaid Other
(Nombre de la Aseguranza) (Clasificacion de la Aseguranza)

If Medicaid or Government Insured, please list information below.
(Favor de llenar la informacion en caso de este asegurado por planes de el gobierno)

Insurance I.D.# _____ Group #: _____
(# de la Poliza) (# de el Grupo)

Guarantors Information

Name of Insured (Nombre de el Asegurado): _____

Relation to Patient (Relacion con el Paciente): _____

Birthdate: _____ SSN#: _____ Driver's License#: _____
(Fecha de Nacimiento) (Seguro Social) (# de Identificacion)

Secondary Insurance (Segunda Aseguranza)

Name of Insurance: _____ HMO PPO Medicaid Other
(Nombre de la Aseguranza) (Clasificacion de la Aseguranza)

If Medicaid or Government Insured, please list information below.
(Favor de llenar la informacion en caso de que este asegurado por planes de el gobierno)

Insurance I.D.# _____ Group #: _____
(# de la Poliza) (# de el Grupo)



Jay Chavda, M.D.

Jay Chavda, M.D., P.A.

Patient Information Part 2 (Informacion De El Paciente)

Jay Chavda, M.D.

Authorization of Treatment

I herby voluntarily consent to medical care for the above named patient encompassing diagnostic procedures and medical treatment by the physician, his assistants, or designees as may be necessary in his judgment. I acknowledge that no guarantees have been made as to the results of treatment or examination.

Yo he leído toda la informacion en esta pagina y he completado todas las preguntas. Certifico que esta información es correcta y verdadera en mi conocimiento. Notificare a el doctor de cualquier cambio en el estado de mi salud o de la información brindada aquí. Autorizo que se me provea con el tratamiento medico propio y razonable de acuerdo a los estándares de hoy.

X _____ **Date** _____
Signature of Patient/Guardian (Fecha)
(Firma de el Paciente/Guardian)

In case of an emergency, notify: _____ Phone #: _____
(En caso de emergencia, notificar a) (Telefono)

Authorization for Release of Information (HIPAA) Section 164.508 Federal and State Law

I authorize Jay Chavda, M.D.,P.A. to release to the insurance carrier my Social Security Administration, third party administrators, referring physician or any party that may be liable for all or part of the medical charges. Information as may be necessary for the purpose of enabling the determination of benefits available to the patient for the services rendered this period of care.

Autorizacion para proveer informacion (HIPAA) Section 164.508 Leyes de Estado y Federal

Yo autorizo a Jay Chavda, M.D., P.A. a que provea información a la aseguanza de mi servicios médicos y estudios diagnosticos necesaria para propósito de los beneficios determinado al paciente por los servicios dados durante el periodo de cuidado.

X _____ **Date** _____
Signature of Patient/Guardian (Fecha)
(Firma de el Paciente/Guardian)

Assignment of Benefits

I herby assign to Jay Chavda, M.D. P.A. all rights, title, and interests in the benefits payable to me by an insurance policy (ies) or benefits plan under which I am covered for services rendered by the physician. I understand that I am responsible for all charges not covered by the assignment and herby promise to pay any remaining balance.

Autorizacion para Aseguranzas

Yo autorizo a Jay Chavda, M.D., P.A. a que provea la informacion necesaria a las companias de seguros concerniente a mi enfermedad y tratamiento. Asigno de forma irrevocable que la responsibilidad por estos pagos sera últimamente mia sin importar cual sea el estado de mi seguro medico.

X _____ **Date** _____
Signature of Patient/Guardian (Fecha)
(Firma de el Paciente/Guardian)

(File on left side of chart)



Jay Chavda, M.D.

Jay Chavda, M.D., P.A.
Personal Health History Form

Name: _____ Date: ____ / ____ / ____.

Sex: [] Male [] Female Age: _____ Birthday: ____/____/____

Have you seen an ENT physician before? [] Yes (Si) [] No (No) Physician's Name: _____
(Usted ha visto un médico ENT antes?) (Nombre del medicos)

The main problem that brings me to the clinic is? _____
(El problema principal que le trae a la clínica es?)

Past Medical History

Check [x] any conditions you have had in the past.
Marque con una [x] cualquier condición que haya tenido en el pasado)

- [] AIDS/HIV (sida) [] Gastroesophageal Reflux(Reflujo De Acido) [] Migraines (jaquecas)
[] Alcoholism (alcoholismo) [] Goiter (bocio) [] Multiple Sclerosis (Esclerosis Múltiple)
[] Anemia (anemia) [] Gout [] Peptic Ulcer Disease (Úlcera)
[] Anxiety/Panic Attacks (ansiedad) [] Heart disease (enfermedad corazon) [] Pneumonia/Bronchitis (Pulmonía / Bronquitis)
[] Arthritis (arthritis) [] Heart failure (paro corazon) [] Psychiatric care (Cuidado psiquiátrico)
[] Asthma (asma) [] Hepatitis or Liver disease (enfermedad del hígado or hepatitis) [] Rheumatic Fever (Fiebre Reumática)
[] Bleeding disorder (desorden de la sangre) [] High blood pressure (tensión arterial alta) [] Scarlet fever (Escarlatina)
[] Chemical dependency (dependencia química) [] High cholesterol (colesterol alto) [] Syphilis (Sífilis)
[] Depression (depresión) [] Immune deficiency (difficiency immune) [] Sleep apnea (Apnea del sueño)
[] Diabetes (diabetes) [] Kidney disease (enfermedad del riñón) [] Stroke (Infarto)
[] Emphysema (efisema pulmonar) [] Lung disease (enfermedad de los pulmónes) [] Thyroid disorder (desorden de la tiroides)
[] Epilepsy/seizure (epilepsia) [] Measles/Mumps (sarampión / paperas) [] Tuberculosis (Tuberculosis)
[] Cancer (cáncer)
What type _____

Do you have any other medical conditions? _____
(Usted tiene otras condiciones médicas?)

Past Surgical History

Check any ENT procedures you have had in the past.
(Marque cualquier cirugía ENT que usted haya tenido en el pasado)

- [] Adenoidectomy (remover adenoidos) [] Radiation therapy (Radioterapia) [] Sinus surgery
[] Cancer surgery (operacione de cáncer) [] Rhinoplasty (operacion de nariz) [] Mastoidectomy
[] Other ear surgery (Cualquier otra cirugía del oído) [] Chemotherapy (quimioterapia) [] UP3 (sleep apnea surgery)
[] Ear tubes (myringotomy) (tubos en el oído) [] Tonsillectomy (remover amigdalas) [] Voice Box (Larynx) Surgery
[] Septoplasty (reparacia del hueso de la nariz)

Have you had any ither surgeries or procedures? (Usted ha tenido otras cirugias o procedimientos?) [] Yes [] No

Table with 6 columns: Procedure, Date, Procedure, Date, Procedure, Date

Table with 6 columns: Procedure, Date, Procedure, Date, Procedure, Date



Jay Chavda, MD

Jay Chavda, M.D., P.A.

Medications and Medication Allergies

List all prescriptions and nonprescription medications you currently take. · None (ningunos)
(Enumere todas las prescripciones o no prescripciones que usted toma actualmente)

Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)	Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)
Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)	Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)
Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)	Medication (Medicamento)	Strength (Dosis)	Frequency (Frecuencia)

Do you take aspirin? (Usted toma aspirina?) Yes (Si) No (No)

What medications are you allergic to or have had bad reactions? None
(A qué medicamento es usted alérgico a o ha tenido alguna reaccion?)

Medication (Medicamento)	Medication (Medicamento)	Medication (Medicamento)
--------------------------	--------------------------	--------------------------

Social History

Do you/Have you smoked? (usted fuma?) Yes (Si) No (No) Did you quit? (usted dejo de fumar?) Yes (si) No (No)
How long ago? (cuanto tiempo hace?) _____

How much and how long have/did you smoke? (cuánto usted fuma? Por cuanto tiempo?) _____
Packs/day for (Paquete/por dia) _____ Years (Por cuantos años) _____

Do/have you drink alcohol? Yes (Si) No (No) Did you quit? Yes (si) No (no) How long ago? _____
(Usted bebe alcohol) (Usted dejo el alcohol?) (Hace cuánto tiempo?)

How much do/did drink? (Cuánto usted bebe) _____

Have you or currently use street drugs? (Usted utiliza drogas?) Yes (Si) No (No) What type? (Qué tipo) _____

Family History

Does anyone in your family have any of the following?(Cualquier persona en su familia tiene cualquiera de lo siguiente?)

- Allergies (Alergia)
 - Diabetes (Diabetes)
 - Hearing Loss (Pérdida de audicion)
 - Cystic Fibrosis (Fibrosis enquistada)
 - Blood Disorders (Desórdenes de la sangre)
 - Problems with anesthesia (Problemas con anesthesia)
 - Thyroid Disease (Desorden de la tiroides)
 - Heart Disease (Enfermedad Corazon)
- Are there any other diseases that run in your family? (hay alguna otra enfermedad que prevalecen en su familia?)

Patient's Birth History

What kind of delivery did you have? (Qué clase de parto usted tuvo?)
 Vaginal (Vaginal) Full term (Término completo) Cesarean delivery (Cesarea)
 Premature (Prematuro) _____ weeks (Semanas) Late (Tarde) _____ weeks (semanas)

Were there any complications during or after delivery? (Hubo alguna complicación durante el parto?)
 Intensive care (Estuvo en cuidado intensivo) Intubated (Máquina de respiración)
 Jaundice (Ictericia) low birth weight (Fue de bajo peso al nacer?) Meningitis
 neonatal infection (Infeccion neonatal) Other (otro) _____

Are your child's immunizations up-to-date? (Estan las inmunizaciones de su niño actualizadas) Yes (Si) No (no)
(file after initial history and physical)



Jay Chavda, M.D., P.A.
Review of Systems

Jay Chavda, MD

Have you had any of the following in the last 48 hours? (A experimentado alguno de los siguientes sintomas durante las ultimas 48 horas)

- Changes in Vision (Cambios en la vision)
- Diarrhea/Constipation (Diarrhea/estreñimiento)
- Difficulty in breathing (Dificultad para respirar)
- Feeling Anxious (Sensación de ansiedad)
- Fever (>100.5) (Fiebre)
- Irregular heart beat (Latido irregular del corazón)
- Muscle Aches (Dolores musculares)
- Nausea or Vomiting (Náusea o vomito)
- Numbness or weakness (Entumecimiento o debilidad)
- Problems in urinating (Problemas para orinar)
- Skin Changes (Cambios en la piel)
- Unexplained weight loss (Pérdida inexplicable de peso)

Have you had any of the following in regards to your ears? (Indique si ha tenido alguno de los siguientes problemas con su oido)

- Dizziness/Vertigo (Mareos/vertigos)
- Ear Pain (Dolor del oído)
- Ear drainage (Drenaje del oído)
- Noise or Ringing in the ears (Sonido en los oídos)
- Ear fullness or pressure (Presión del oído)
- Worsening hearing (Empeoramiento en la audicion)

Have you had any of the following in regards to your nose or sinus? Tiene usted cualquiera del siguiente en respeto a su nariz?)

- Facial pain (dolor facial)
- Loss of smell (pérdida de olor)
- Runny nose (nariz que moquea)
- Hay fever/Allergies (fiebre alergica)
- Nasal blockage (obstrucción nasal)
- Pressure in the head/sinus (sinusitispresión del sino)
- Headaches (dolores de cabeza)
- Nosebleeds (la nariz sangra)
- Watery/itchy eyes (ojos acuosos)

Have you had any of the following in regards to your throat? (Inquique si ha tenido alguno de los siguientes sintomas con su garganta)

- Bad breath (Mal aliento)
- Gagging (Dificultad para tragar)
- Lump in throat (terron en garganta)
- Difficulty in swallowing (dificultad en tragar)
- Hoarseness
- Postnasal drip (goteo nasal)
- Dry mouth (boca seca)
- Heartburn (agrura)
- Pain on swallowing (dolor al tragar)

Do you have problems with any of the following? (Inquique si tiene alguno de los sintomas?)

- Daytime tiredness (cansancio durante el dia)
- Snoring (ronca)
- Gasping at night (falta de aire durante la noche)
- Stop breathing at night (siente que deja de respirar durante la noche)
- Mouth breathing (respira por la boca solamente)

I certify that the above information is correct to the best of my knowledge. I will not hold my doctor or any members of the staff responsible for errors or omissions that I may have made in completing this form.

Yo certifico que la informacion que he proveido es correcta a mi conocimiento . No voy a responsabilizar a mi médico o algún miembro del personal responsable de los errores u omisiones que yo haya podido cometer al completar este formulario.

Signature of Patient

Date

Signature of PA-C Date

Date

Signature of Physician

Date



Jay Chavda, M.D.

Jay Chavda, M.D., P.A. **Sleep Disorder Symptoms Assessment**

- | | | |
|--|-----|----|
| 1. Do you snore most nights (more than 3 times/week?) | Yes | No |
| Ronca durante las noches (mas de 3 veces por semana) | Si | No |
| 2. Do you,or have you been told, that you stop breathing while sleeping? | Yes | No |
| Le han dicho que deja de respirar durante las noches mientras duerme? | Si | No |
| 3. Do you wake up suddenly during the night? | Yes | No |
| Se despierta repentinamente durante las noches? | Si | No |
| 4. Do you suddenly wake-up gasping for air? | Yes | No |
| Siente durante las noches que le falta el aire y lo hace despertar | Si | No |
| 5. Do you wake up in the morning feeling tired? | Yes | No |
| Se despierta por las mananas sintiendose cansado? | Si | No |
| 6. Do you wake up in the morning with a headache? | Yes | No |
| Se despierta en las mananas con dolor de cabeza? | Si | No |
| 7. Do you have daytime tiredness? | Yes | No |
| Se cansa durante el dia | Si | No |
| 8. Do you have daytime sleepiness? | Yes | No |
| Le da sueno durante el dia? | Si | No |

Please check any of the following you have (Indique si padece o ha padecido alguna de los siguientes)

- _____ High blood pressure (Presion alta)
- _____ Heart Disease (Enfermedad Cardiaca)
- _____ Stroke (Accidente Cerebrovascular)
- _____ Insomnia (Insomnio)
- _____ Frequent Urination at Night (Urinación frecuente durante las noches)
- _____ Diabetes (Diabetis)
- _____ Depression (Deprecion)
- _____ Overweight (Sobrepeso)

Are you currently using a CPAP? Yes No if Yes, for how long?_____

Usa usted una aparato de Presión positiva continua en las vías respiratorias? Por cuanto tiempo?_____



Jay Chavda, M.D., P.A.

Jay Chavda, M.D

Allergy Symptoms Assessment

Name: _____

Date: _____

Contact Number: _____

D.O.B: _____

1. Do you experience any of the following symptoms: runny, itchy, stuffy nose, itchy and/or watery eyes, or frequent sneezing? If you do, you may have allergies. (A experimetado alguno de los siguientes sintomas : escurrimiento nasal, comezon en la nariz, le lloran los ojos o destornuda frecuentemente? Si si usted quiza padece de alergias.)

Please circle an option (Favor de circular alguna de las opciones)

Is your medical history consistent with the symptoms above?
Su historia medica consiste de estos sintomas?

Yes (Si)

No (No)

2. Overall what is the severity of your allergy symptoms? Que tan serveros son sus sintomas de alergia?

Mild (Leve)

Moderate

(Moderado)

Severe (Severo)

3. Are your allergy symptoms present: (Como se presentan sus sintomas de alergia?)

Rarely (Rara vez)

Seasonally (e.g. Summer/Spring only) ** (Estacionalmente)

Most of the year (Casi todo el año)

4. Please circle the symptoms you suffer from and then circle the severity of the symptom(s).
(Favor de circular si sufre de alguno de los siguientes sintomas y la severidad de estos)

- | | | | |
|--|-----------------|--------------------------|-----------------------|
| a. Stuffy Nose:
(Nariz congestionada) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |
| b. Runny Nose:
(Escurrecimiento nasal) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |
| c. Itchy Eyes:
(Comezon en los ojos) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |
| d. Watery Eyes:
(Ojos llorosos) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |
| e. Itchy Throat:
(Picazon en la garganta) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |
| f. Sneezing:
(Estornudos) | Mild*
(Leve) | Moderate**
(Moderado) | Severe***
(Severo) |

5. How often do you take prescription or over-the-counter medications for your allergies?
(Con que frecuencia usted toma medicamentos recetados o de venta libre para las alergias?)

Not at all*

(No, en absolute)

Sometimes**

(A veces)

Frequently***

(Frecuentemente)

6. Do you suffer from side effects such as dry mouth, drowsiness, or other effects?

(Usted sufre de los efectos secundarios causados por estas medicinas como boca seca, somnolencia u otros efectos?)

Not at all*

(No, en absolute)

Sometimes**

(A veces)

Frequently***

(Frecuentemente)



Jay Chavda, M.D., P.A.

Jay Chavda, M.D.

Authorization for Use or Disclosure of Medical Information

1. Please list the family members or other persons, if any, whom we may inform about your general medical condition and your diagnosis: (Favor de listar personas de su familia o de su confianza a quien le podamos dar informacion acerca de su condicion medica y diagnostico:)

a. _____

b. _____

c. _____

2. Please list family members or significant others, if any, whom we may inform about your medical condition ONLY IN AN EMERGENCY: (Favor de listar personas de su familia o de su confianza a quien le podamos dar informacion de su condicion medica SOLO EN CASO DE EMERGENCIA)

a. _____

b. _____

3. Please print the address of where you would like your billing statements and/or correspondence from our office to be sent other than your home. (Indique porfavor la direccion que le gustaria usar para recibir recivos y correspondencia si no quiere usar la direccion de su casa)

_____ Yes, please send statements to my home address. (Si, mandar recivos y correspondencia a mi casa)

_____ No, please send statements & correspondents to: (No, mandar recivos y correspondencia a otra direccion)

4. Please indicate if you want all correspondence from our office sent in a sealed envelope marked "CONFIDENTIAL" (Favor de indicar si quiere que su correspondencia quiere que sea marcada como "CONFIDENTIAL")

_____ Yes (Si) _____ No (No)

5. Can confidential messages (ie: appointment reminders) be left on you home answering machine or voicemail? (Indique si podemos dejar mensajes confidenciales en su buzón de voz por ejemplo recordatorio de citas)

_____ Yes (Si) _____ No (No)

6. If you do not have voicemail, can a confidential message be left at your place of employment? (indique si podemos dejar mensajes confidenciales en su lugar de empleo)

_____ Yes (Si) _____ No (No)

We do not call results of diagnostic testing or discuss reports over the phone. If required to call you with diagnostic testing or to discuss reports or information, please print your telephone number, if any, where you would want to receive calls about your reports. (only if special arrangements are made).

(No llamamos, damos resultados o discutimos reportes por el telefono. En caso que se requiera llamarlo con algun resultado o diagnostic porfavor indique el numero de telefono al que desea ser llamado.)

Telephone # besides your home # (Numero de telefono aparte de el de su casa) _____

Patient/Guardian name (Nombre del paciente o guardian) _____

Patient/Guardian Signature (Firma del paciente o guardian)

Date (Fecha)



Jay Chavda, M.D.

Jay Chavda, M.D., P.A.

HIPAA Compliance Information

(Información de Cumplimiento con HIPAA)

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

(reconocimiento de recibo de aviso de practicas de privacidad)

Notice to Patient (Aviso al paciente):

We are required to provide you with a copy of our Notice of Privacy Practices, which states how we may use and/or disclose your health information. Please sign this form to acknowledge receipt of the notice. You may refuse to sign this acknowledgement if you wish.

(Nos requieren proveerles con una copia de nuestro aviso de practicas de privacidad la cual indica cómo podemos utilizar o divulgar su información de salud. Firme por favor esta forma en la cual reconocer que le informamos y a leído el aviso. Usted puede rechazar firmar esta forma si usted lo desea.)

I acknowledge that I have read a copy of this office's Notice of Privacy Practices. (Yo certifico que he leído una copia del aviso de prácticas de privacidad)

Please print your name here (Imprima su nombre aquí)

Signature (Firma)

Date (fecha)

Below is for office use only
(Para uso de la oficina solamente)

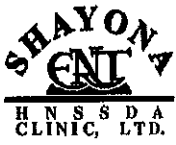
We have made every effort to obtain written acknowledgment of receipt of our Notice of Privacy Practices from this patient. Ultimately, it could not be obtained for one or more of the following reasons.

The patient refused to sign

- Due to an emergency situation, it was not possible to obtain an acknowledgement
- We were unable to communicate with the patient
- Other (please provide specific details)

Employee Signature

Date



Jay Chavda, M.D., P.A.

Jay Chavda, M.D

Non-Covered Service Medical Consent Form.

Patient name: _____
(nombre de el paciente)

Account: _____

D.O.S: _____

By signing below, I acknowledge that I have read and understand the information provided regarding my insurance. I understand that "A quote of benefits and/or authorization does not guarantee payment or verify eligibility. Payment of benefits are subject to all terms, conditions, limitations, and exclusions of the member's contract at time of service." Patient is responsible for all ineligible, deductible, co-pay and co-insurance amounts.

Some services may not be considered eligible benefits by my health insurance provider (e.g., some services may be determined to not be medically necessary or non-covered). I understand that my health insurance coverage has some restrictions and conditions (approval requirements, deductibles, and non-covered services). I agree to be financially responsible for any charges if they are not covered by my health insurance.

Al firmar yo reconozco que he leído y comprendido la información proporcionada en relación con mi aseguranza medica. Entiendo que "Un estimado de beneficios y / o autorización no garantiza el pago o verificar la elegibilidad. Pago de beneficios están sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del contrato del miembro en el momento del servicio ". (Yo entiendo que la cobertura de mi seguro de salud tiene ciertas restricciones y limites, quizá requiera autorizaciones y haya servicios que no sean cubiertos. Estoy de acuerdo en ser financieramente responsable de cualquier y todos los cargos relacionados si no están cubiertos por mi seguro de salud. El paciente es responsable por cualquier no elegible deducible, co-pay and co-insurance.

Signature (Firma del paciente)

Date (Fecha)