

UNITED STATES BANKRUPTCY COURT		Northern District of ILLINOIS	
Name of Debtor K MART CORPORATION		Case Number 02-B02474	
Name of Creditor (The person or other entity to whom the debtor owes money or property): MARIA T ABDULMASSIH		☐ Check box if you are aware that anyone else has filed a proof of claim relating to your claim. Attach copy of statement giving particulars. ☒ Check box if you have never received any notices from the bankruptcy court in this case. ☐ Check box if the address differs from the address on the envelope sent to you by the court.	
Name and address where notices should be sent: 10 NURRAY B EYSTEIN PA 9130 So. Dadeland Blvd. P.H. 1A MIAMI, FLA. 33156 305 6705999		Telephone number: 305 6705999	
Account or other number by which creditor identifies debtor: CLAIM # 00-991		Check here if this claim ☐ replaces a previously filed claim, dated _____ ☐ amends	
1. Basis for Claim ☐ Goods sold ☐ Services performed ☐ Money loaned ☒ Personal injury/wrongful death ☐ Taxes ☐ Other _____ ☐ Retiree benefits as defined in 11 U.S.C. § 1114(a) ☐ Wages, salaries, and compensation (fill out below) Your SS #: _____ Unpaid compensation for services performed from _____ to _____ (date) (date)			
2. Date debt was incurred: 11/4/00		3. If court judgment, date obtained:	
4. Total Amount of Claim at Time Case Filed: If all or part of your claim is secured or entitled to priority, also complete Item 5 or 6 below. ☐ Check this box if claim includes interest or other charges in addition to the principal amount of the claim. Attach itemized statement of all interest or additional charges.		\$ IN EXCESS OF \$15,000	
5. Secured Claim. ☐ Check this box if your claim is secured by collateral (including a right of setoff). Brief Description of Collateral: ☐ Real Estate ☐ Motor Vehicle ☐ Other _____ Value of Collateral: \$ _____ Amount of arrearage and other charges at time case filed included in secured claim, if any: \$ _____		6. Unsecured Priority Claim. ☐ Check this box if you have an unsecured priority claim Amount entitled to priority \$ _____ Specify the priority of the claim: ☐ Wages, salaries, or commissions (up to \$4,300)* earned within 90 days before filing of the bankruptcy petition or cessation of the debtor's business, whichever is earlier - 11 U.S.C. § 507(a)(3). ☐ Contributions to an employee benefit plan - 11 U.S.C. § 507(a)(4). ☐ Up to \$1,950* of deposits toward purchase, lease, or rental of property or services for personal, family, or household use - 11 U.S.C. § 507(a)(5). ☐ Alimony, maintenance, or support owed to a spouse, former spouse, or child - 11 U.S.C. § 507(a)(7). ☐ Taxes or penalties owed to governmental units - 11 U.S.C. § 507(a)(8). ☐ Other - Specify applicable paragraph of 11 U.S.C. § 507(a)(____): _____ *Amounts are subject to adjustment on 4/1/01 and every 3 years thereafter with respect to cases commenced on or after the date of adjustment.	
7. Credits: The amount of all payments on this claim has been credited and deducted for the purpose of making this proof of claim.		THIS SPACE IS FOR COURT USE ONLY	
8. Supporting Documents: Attach copies of supporting documents, such as promissory notes, purchase orders, invoices, itemized statements of running accounts, contracts, court judgments, mortgages, security agreements, and evidence of perfection of lien. DO NOT SEND ORIGINAL DOCUMENTS. If the documents are not available, explain. If the documents are voluminous, attach a summary.		KP 866	
9. Date-Stamped Copy: To receive an acknowledgment of the filing of your claim, enclose a stamped, self-addressed envelope and copy of this proof of claim.		3/28/02	
Date 3/28/02	Sign and print the name and title, if any, of the creditor or other person authorized to file this claim (attach copy of power of attorney, if any): MURRAY EYSTEIN Attorney For Maria Abdulmassih		
Penalty for presenting fraudulent claim: Fine of up to \$500,000 or imprisonment for up to 5 years, or both. 18 U.S.C. §§ 152 and 3571.			

LAW OFFICES
MURRAY B. EPSTEIN, P.A.
TWO DATRAN CENTER
PENTHOUSE I - A
9130 SOUTH DADELAND BOULEVARD
MIAMI, FLORIDA 33156

MURRAY B. EPSTEIN
JAY H. HERNBERG (DEC'D)

TRIAL PRACTICE
PERSONAL INJURY
WRONGFUL DEATH

TELEPHONE (305) 670-5999
BROWARD (954) 925-5999
FAX (305) 670-8373

FORT LAUDERDALE OFFICE
1040 BAYVIEW DRIVE
SUITE 605
FORT LAUDERDALE, FLORIDA 33304
TELEPHONE (954) 563-2677

PLEASE REPLY TO:
MIAMI OFFICE

February 12, 2002

Pattie Taylor
CAMBRIDGE
INTEGRATED SERVICES GROUP, INC.
P.O. Box 3697
Tallahassee, FL 32315-3697

RE: Your insured: K-Mart #3074
Date of loss: 11/4/00
Claim number: 258563-BI
Our client: Maria Abdulmasshi
Our file no.: 00-991

Dear Ms. Taylor:

Enclosed please find copies of the following medical specials currently in our possession relative to injuries sustained by Maria Abdulmasshi as a result of the above captioned incident:

Pan American Hospital
R. James Segal, M.D., MedEye Associates
Bascom Palmer Eye Institute

(copies of the above medical bills have been requested and will be forwarded upon receipt)

As indicated, Maria suffered a corneal abrasion to her right eye as a result being hit by the bottle of tums while shopping at K-Mart. She continues to suffer from the flashers and floaters in her eye that she has had since the accident occurred.

Kindly contact me after you have had an opportunity to review the enclosures so that we might determine if this matter can be amicably resolved prior to the filing of a lawsuit.

Very truly yours,

MURRAY B. EPSTEIN

MBE/cad

Enc: As noted

PRIMARY PHYSICIAN Wm

EMERGENCY immediate action	PRIORITY TRIAGE		DATE <u>11/4/00</u> TIME <u>1:57</u>
	URGENT 20 mins - 2 hrs observe for deterioration	NON-URGENT able to wait safely observe for deterioration	
TREATMENT IN PROGRESS UPON ARRIVAL	N/A SANDBAGS	OXYGEN SPLINT	C-COLLAR ICE
			BACKBOARD DRESSING

700131313 11/04/2000 E
ABDULHASSIH, MARIA I
TORRES, PELAYO
08/18/1948 52Y EMR SEX F
1453290 0 583-20-1123
NAME: Maria Abdulhassih
DOB: 08/18/1948

IV	SIZE	SITE	MEDS	SMOKING YES ☐ NO ☐	RECREATIONAL DRUGS YES ☐ NO ☐
TRIAGE ASSESSMENT	TIME <u>1:57</u>	TC <u>91.8</u>	P <u>82</u>	R <u>18</u>	BP <u>102/52</u>
		WEIGHT <u>120</u>	HEIGHT <u>5'4"</u>		

Chief Complaint / Present History: pain TO the rt. eye area
after a bottle of "turns" fell on her face
at a drugstore this afternoon.

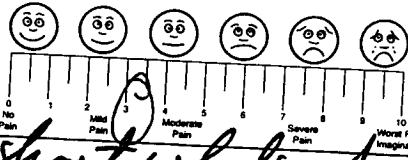
Past Medical History: none

Surgical Hx: Appendectomy, tonsillectomy, hysterectomy
Current Meds: none

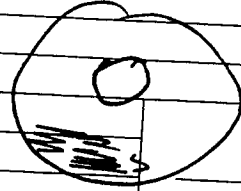
Allergies: NKA

Triage Nurse / Primary Nurse: J. Hunt

H X P E
rt. Hunt (R) eyeball a short while ago
Hard object (bottle of turns) fell on the
eye. (P) Eyeball bruise photo-phobes
Laceration.



ok: Spontaneous pupil coherent
Colon food warm dry
(R) eye (+) conjunctivae
pink (-) hyperreflexia
fluorescein uptake



PED. VACCINATION Hx.	☐ UTD - if not, explain
TETANUS STATUS	
UTD ☐ > 5 YRS ☐ > 10 YRS ☐	
VISUAL EXAM	
OD <u>20/100</u>	PO ☐
OS <u>20/40</u>	FR ☐ [#
	AMB ☐
	FAMILY ☒
	FRIENDS ☐

LABORATORY	
CBC	EKG
U/A	ABG
AMYLASE	BC
BASIC META.	T + C
COMP. META	C + S URINE
BETA SUB	C + S
PT / PTT	CARDIAC ENZ. & ISOENZ.
	TROPONIN

RADIOLOGY	
PROCEDURE	REASON
CHEST PORT	
CXR PA/LAT	
X TABLE LAT CS	
CT BRAIN PLAIN	
CT ABDOMEN PLAIN	
Pelvic Ult.	

ABG'S
URINE
FINGERSTICK

PHYSICIAN	mg/dl	EKG	COMMENT

DIAGNOSTIC IMPRESSION	CONDITION ON D/C	CARDIAC MONITOR
<u>Corneal abrasion</u>	GOOD ☐ FAIR ☐	☐
	POOR ☐ IMPROVED ☐	O ₂ ☐ O ₂ Sat % ☐
DISPOSITION		
LWT TIME	AMA TIME	TRANSFER TIME
DISCHARGE TIME	ADMIT TIME	EXPIRED TIME

NAME	TIME	SIG
<u>Dr. Hunt</u>	<u>1:57</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>2:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>2:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>2:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>2:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>2:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>2:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>2:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>2:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>2:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>2:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>2:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>2:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>3:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>3:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>3:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>3:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>3:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>3:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>3:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>3:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>3:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>3:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>3:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>3:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>4:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>4:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>4:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>4:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>4:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>4:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>4:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>4:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>4:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>4:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>4:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>4:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>5:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>5:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>5:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>5:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>5:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>5:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>5:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>5:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>5:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>5:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>5:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>5:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>6:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>6:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>6:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>6:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>6:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>6:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>6:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>6:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>6:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>6:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>6:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>6:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>7:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>7:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>7:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>7:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>7:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>7:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>7:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>7:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>7:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>7:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>7:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>7:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>8:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>8:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>8:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>8:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>8:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>8:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>8:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>8:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>8:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>8:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>8:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>8:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>9:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>9:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>9:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>9:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>9:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>9:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>9:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>9:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>9:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>9:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>9:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>9:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>10:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>10:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>10:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>10:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>10:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>10:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>10:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>10:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>10:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>10:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>10:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>10:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>11:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>11:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>11:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>11:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>11:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>11:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>11:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>11:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>11:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>11:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>11:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>11:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>12:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>12:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>12:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>12:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>12:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>12:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>12:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>12:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>12:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>12:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>12:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>12:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>13:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>13:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>13:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>13:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>13:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>13:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>13:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>13:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>13:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>13:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>13:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>13:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>14:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>14:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>14:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>14:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>14:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>14:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>14:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>14:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>14:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>14:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>14:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>14:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>15:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>15:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>15:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>15:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>15:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>15:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>15:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>15:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>15:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>15:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>15:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>15:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>16:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>16:05</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>16:10</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>16:15</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>16:20</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>16:25</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>16:30</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>16:35</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>16:40</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>16:45</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>16:50</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Hunt</u>	<u>16:55</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Torres</u>	<u>17:00</u>	<u>11/4/00</u>
<u>Dr. Pelayo</u>	<u>17:05</u>	<u>11/4/</u>



EMERGENCY DEPARTMENT
NURSING ASSESSMENT

17 10
7000131813 11/04/2000 E
AEGULIASSIH, MARIA I
T21 ES. PELAYO
03/13/1948 52Y FC S
1458280 ENR SEX F
583-20-1123

DATE	TIME	
1/4/10	1830	52y old female come to ER L/O pain Rt eye area after a bottle of this fell on her face in a drug store this afternoon. Ambulatory seen and evaluated eye examination done by PR Torres. 1830 Discharge Prescriptions ophthal. on call given PR Hernandez to PR pt. V. Ocular Chuders Left ER Ambulatory Consider stable

Name (print)

Mc Donas R

Signature

Mc Donas R

Initials

MS

MIAMI, FL. RIDA LIBRAMIENTO Y GARANTIAS

En el caso de estar por los servicios médicos y de hospital prestados o por prestarse a

CONVENIMOS EN LO SIGUIENTE:

Nombre del paciente

110400

1. Consentimiento en el cuidado y el tratamiento. Yo, Mariela mi cónyuge y otorgo mi consentimiento para el ingreso del paciente en el PAN AMERICAN HOSPITAL y para la prestación de los servicios médicos y de hospital, sus socios y asociados, y a las personas que pudieran designar así como a cualquier empleado del hospital para prestar al paciente el diagnóstico y tratamiento médico o quirúrgico que estimen necesario, de acuerdo con el estado físico del paciente.

2. Convenios de pago. Conviengo en pagar voluntariamente, solidariamente, el pago de todas las cuentas médicas y de hospital en las cuales el paciente por concepto de este ingreso, así como el pago de todas las cuentas médicas y de hospital que el paciente tenga en el PAN AMERICAN HOSPITAL y sus médicos asociados, y la suma de los costos de todos los tales cuentas, inclusive costos de consultorio, honorarios y honorarios de abogados y los honorarios que cobren las agencias de seguros. Todas las cuentas atrasadas devengarán intereses a un tipo legal.

3. Cesión de beneficios. Autorizo y dispongo que se paguen directamente al PAN AMERICAN HOSPITAL y sus médicos asociados los beneficios de toda protección de seguros y el producto de todo seguro o póliza que resultase de alguna reclamación o pleito, sin exceder los cargos ordinarios del hospital de los beneficios pagaderos por concepto de servicios prestados por médicos al PAN AMERICAN HOSPITAL, o al médico o a la organización en cuestión a presentarle la reclamación apropiada a cualquier compañía de seguros. Entiendo que todos estos cargos corren por mi cuenta y que todo lo que quedase después de aplicarse los beneficios antes citados es responsabilidad mía.

4. Autorización legal. Yo autorizo al PAN AMERICAN HOSPITAL y a los médicos para que actúen en mi nombre, representandome como abogado absoluto en los siguientes asuntos: (1) El cobro de los beneficios de cualquier tercer individuo responsable, no importa lo que sea necesario para obtener dicho cobro, y (2) el endoso de los cheques de los beneficios que sean pagaderos a mí o al hospital.

5. Permiso para el pago de beneficios de Medicare / Medicaid a la persona o entidad que prestó los servicios médicos o de hospital, al médico y al paciente. Certifico que la información que di al solicitar pago a tenor de lo dispuesto en los Títulos XIX y XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a quien tuviese información médica o de otra índole sobre el paciente a divulgar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o compañías de seguros, toda información que resultase necesaria para esta reclamación al Medicare o para cualquier otra relacionada con ella. Solicito que los beneficios autorizados se paguen en mi nombre. Cedo los beneficios pagaderos por concepto de servicios prestados por médicos al médico o a la organización que los prestó o autorizo a dicho médico o a dicha organización a presentarle la reclamación pertinente a Medicare para que esta entidad me pague dichos beneficios a mí. Se me ha dado copia de "Un Mensaje Importante de Medicare" la cual explica mis derechos como paciente de Medicare.

6. Libramiento de bienes personales. Por la presente libro al PAN AMERICAN HOSPITAL, a sus empleados y médicos, de toda responsabilidad que surgiese de la pérdida de los bienes personales que el paciente mantenga en su posesión o en su habitación de los daños que tales bienes personales pudiesen sufrir. Dichos bienes personales comprenden, ENTRE OTROS: DENTADURAS POSTIZAS, OBJETOS DE VALOR Y ELECTRODOMESTICOS. Queda entendido que el hospital cuenta con una caja fuerte para el depósito y protección de dinero y objetos de valor y que dicha caja fuerte está a disposición del paciente.

7. Autorización en caso de incapacidad. En caso que durante mi estadía en el PAN AMERICAN HOSPITAL yo me incapacite física y mentalmente para dar permiso para tratamiento médico necesario, deseo asignar a una persona (o personas) a autorizar dicho tratamiento médico necesario o inmediato. Yo autorizo a Rodriguez, Maria T (nombre de la persona(s), parentesco y, teléfono) o a mi esposa(o), o a mi familiar mas cercano o a mi médico para autorizar el tratamiento médico. En caso de incapacidad, si el hospital o mi médico no pueden localizar a las personas autorizadas, autorizo a dos de mis médicos de cabecera para que determinen si el tratamiento médico es necesario inmediatamente y a autorizar el tratamiento por mí.

8. POR LA PRESENTE CERTIFICO HABER LEIDO LOS PARRAFOS ANTERIORES, NUMERADOS DEL 1 AL 8 Y HABER ENTENDIDO TOTAL Y COMPLETAMENTE SU CONTENIDO Y SENTIDO, Y CONVENGO EN CONSIDERARME CALIGADO POR LAS DISPOSICIONES DE DICHOS PARRAFOS.

El género y el número de los nombres, pronombres, adjetivos y verbos de este convenio se entenderán de acuerdo con el contexto de éste, según conviniere.

Firmado esta día 04 de 11 de 2000 por el paciente infrascrito o por las partes que asuman responsabilidad económica por el paciente (padre, madre, tutor, etc.).

Parentesco: No parentesco La una organización de las llamadas de "Mantenimiento de la Salud" (H.M.O.) o similar.

Por: Maria I. Abdulmassih Si el paciente fuese incompetente o no pudiera firmar, marque aquí ()

FIRMA DEL PACIENTE

Parentesco con el paciente

FECHA

TESTIGO

NO REMOVER

MEDICAL RECORDS



EMERGENCY DEPARTMENT NURSING ASSESSMENT

7200181113 11/04/2000 E
AGUILO, MARIA I
FERNES, PELAYO
08/10/1943
1432240 S2T ENR SEX F

[illegible]

INSTRUCCIONES PARA SERVICIOS MEDICOS CONTINUOS

PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO MEDICO, SIGA LAS INSTRUCCIONES SEÑALADAS DEBAJO:

CUIDADO DE LAS HERIDAS: ☐

1. Mantenga la herida cubierta y limpia, fuera del contacto directo con la luz solar.
2. Si tiene una herida facial, límpiela dos veces al día con una solución de mitad de peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) y mitad de agua.
3. Si los vendajes se saturan de sangre, regrese inmediatamente al Departamento de Emergencias.
4. Cualquier herida puede infectarse, no importa cuán bien haya sido atendida. Si su herida se pone roja, inflamada, con pus o con franjas rojas, o si hay un aumento de dolor o sensibilidad en el área de la herida, llame a su médico particular inmediatamente o regrese inmediatamente al Departamento de Emergencias.
5. Mantenga los vendajes limpios y secos. Llame a su médico para una cita en la fecha indicada.

TORCEDURAS, FATIGA MUSCULAR Y GOLPES: ☐

1. Si la lesión ha ocurrido en una extremidad, manténgala elevada.
2. Durante las primeras 24 horas después de su regreso a la casa, aplique 3 ó 4 veces una bolsa de hielo por 30 minutos.
3. Después de pasadas 24 horas, aplique calor por 30 minutos, 3 ó 4 veces al día, de una de las maneras siguientes:
 - a. Use una toalla húmeda cubierta de plástico y una bolsa de agua caliente.
 - b. Use una almohadilla eléctrica cubierta.
 - c. Cualquiera que sea el método usado, tenga cuidado de no quemarse.
4. Si los vendajes están muy apretados, la extremidad tendrá picazón, se adormecerá o cambiará de color. Desate y ate de nuevo los vendajes si esto ocurre.
5. Si se presenta algún problema o pregunta, consulte a su médico particular o regrese al Departamento de Emergencias.

EQUIPOS ORTOPEDICOS

INMOBILIZADOR DE LA CLAVICULA

- No se quite el inmovilizador hasta que no vea al Doctor en _____ días.
- Si el inmovilizador le molesta en alguna área, aplíquelo relleno.
- Aplíquese hielo las primeras 24 horas en el área afectada.
- Llame a la Emergencia o a su Médico si le ocurriera algún problema.

CATARRO COMUN/ VIRUS

1. Evite contacto con otras personas.
2. Aminoré las actividades fuertes.
3. Tome mucho líquido.
4. Suprima la leche.
5. Un aerosol puede ayudar.
6. Use Tylenol para la fiebre y malestar.

INSTRUCCIONES ADICIONALES: REGRESE SI SE EMPEORA ☒

VEA EL MEDICO EN 1-2 DIAS

llame DR Hernandez, Rafael JR Ophthalmologist
305) 854-3307
BACILARIS ophth. Antidrop. Ronen 10
Derecha ojo cada 6 horas
VUELVA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA ENTRE 7:00 A.M. HASTA 9:00 AM EL DIA _____

PARA REVISAR SU HERIDA.

LLAME A LA OFICINA Y PIDA UNA CITA CON EL DOCTOR
LO MAS PRONTO POSIBLE, AL TELEFONO _____

DEBIDO A QUE ES ALGUNAS VECES IMPOSIBLE RECONOCER Y TRATAR TODOS LOS ELEMENTOS DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD EN UNA SOLA VISITA A LA EMERGENCIA, ES IMPORTANTE QUE USTED REPORTE A SU MEDICO CUALQUIER SINTOMA NUEVO O REMANENTE, O QUE LLAME AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA O QUE REGRESE INMEDIATAMENTE!! HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO LAS INSTRUCCIONES ARRIBA DESCRITAS ENTENDIENDO QUE HE RECIBIDO UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA SOLAMENTE Y QUE PUEDEN HABERME DADO EL ALTA ANTES DE QUE TODOS MIS PROBLEMAS MEDICOS HAYAN SIDO CONOCIDOS. YO HARE ARREGLOS PARA SEGUIRME EL TRATAMIENTO COMO ME HA SIDO INSTRUIDO ENTENDIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE ME HAN DADO.

Dr. Hernandez
14/02 192

WHITE - MEDICAL RECORDS
CANARY - PATIENT COPY
PINK - ER COPY

Maria Abulnassin
PACIENTE

INSTRUCCIONES PARA LAS LESIONES EN LA CABEZA: ☐

1. Manténgase en cama por _____ días.
2. Tome _____ aspirinas o substitutos de aspirina (tales como Tylenol o Datril) cada cuatro (4) horas para el dolor de cabeza, si es necesario.
3. Si cualquiera de los siguientes síntomas se desarrollan, llame a su médico o regrese al Departamento de Emergencias inmediatamente:
 - a. Vómitos persistentes, fiebre, o dureza en el cuello.
 - b. Pupilas desiguales (una grande y la otra pequeña).
 - c. Confusión o somnolencia no usual.
 - d. Convulsiones o pérdida del sentido.
 - e. Tropiezos, obstáculos o cualquier otra anomalía en el uso de piernas o de los brazos.
 - f. Incontinencia en la orina o defecación.

LESIONES DEL CUELLO O LA ESPALDA

- Aplique calor en el área lesionada. Tenga cuidado de no quemarse. Cubra con una toalla la bolsa de agua o eléctrica.
- Descanse lo mas que le sea posible.
- Un masaje suave en el área afectada aumenta la circulación y produce alivio.
- Use el collar cervical de acuerdo a las instrucciones recibidas.

INECCION ANTITETANICA: ☐

1. Puede haber una pequeña o moderada inflamación local y aumento de sensibilidad por un día.
2. Si un pequeño nódulo o protuberancia se forma en el lugar de inyección, no debe ser motivo de preocupación y desaparecerá en pocos días.
3. En raras ocasiones, fiebre y malestar general pueden ocurrir.
4. Se necesita una inyección de toxoide tetánico cada 5 años para que permanezca su efectividad.

DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS

1. No hay restricciones en su dieta, a menos alimentos o alergias que puedan causar dolores de cabeza.
2. Use bolsas de hielo en el lado de la cabeza cuando hay dolor en esa región, puede ayudar.
3. No deje de comer.
4. Descanse en un cuarto oscuro; evite fumar, y a su vez el humo de los olores fuertes.
5. No ingiera bebidas alcohólicas.
6. Evite completamente; las drogas sedativas que alteren su estado mental o emocional.



PAN AMERICAN HOSPITAL

DISCLOSURE OF INFORMATION AND CONSENT TO TREATMENT

By this Disclosure and Consent to Treatment, I hereby acknowledge and agree to the following:

1. That the hospital does not control the medical decisions, diagnosis or treatment rendered by the physicians treating me in this hospital;
2. That the physicians operating and practicing in this hospital are NOT agents or employees of the hospital;
3. That the hospital will delegate to physicians the providing of physician services to the patient and is not legally or vicariously responsible for the conduct or actions of the physicians practicing in the hospital, including but not limited to the following groups of physicians:
4. Emergency physicians, anesthesiologists, pathologists, radiologists, staff or contract physicians and cardiologists.
5. That I should look to the individual physician treating me, rendering care to me or otherwise involved in my treatment for any questions and answers concerning my treatment.

Based upon the foregoing, I hereby consent to the treatment by the physician in the hospital, whether know to me prior to admission or not, and acknowledge the statements as set forth above.

11/4/2008
DATE / FECHA

X Maria F. Abdalmonem
PATIENT / PACIENTE

Ka
WITNESS / TESTIGO

DIVULGACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR TRATAMIENTO

Por medio de la presente, reconozco y acepto lo siguiente:

1. Que el hospital no controla las decisiones médicas, los diagnósticos o los tratamientos suministrados por los médicos que me atiendan en este hospital;
2. Que los médicos que operan y practican en este hospital NO son agentes o empleados del hospital;
3. Que el hospital delegará en los médicos pertinentes sin que se considere al hospital responsable legal o indirectamente por la práctica o las funciones realizadas por los médicos que trabajan en el hospital, incluyendo a los siguientes grupos de médicos, aunque sin limitarse a los mismos: médicos para las emergencias, anestesistas, patólogos, radiólogos, cardiólogos o médicos de medicina general que pertenecen al personal del hospital o se encuentran bajo contrato con el mismo.
4. Que debo dirigirme específicamente al médico que me este tratando, atendiendo, o bien que este relacionado con mi tratamiento, para hacerle cualquier pregunta referente al mismo.
5. Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, apruebo por la presente el tratamiento que los médicos del hospital me administren, tanto si dicho médico fuera de mi conocimiento antes o después de mi ingreso, y reconozco que las declaraciones anteriormente aquí expuestas.

110400

7122181313 11/04/2000 E
H. MARIA I
PELAYO
2Y ENR FC S
SEX F
583-20-1123

POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE DECLARACIÓN
PONGA SUS INICIALES ANEXO A CADA PARRAFO

Se me ha dado documentación por escrito sobre mis derechos de formular instrucciones escritas conocidas como "Instrucciones por Adelantado," y la libertad de aceptar o de rehusar recibir tratamiento médico.

Yo he recibido copia de la póliza del hospital Pan American en referencia a las "Instrucciones por Adelantado":

- a) Que no es requerido tener instrucciones por adelantado para recibir tratamiento médico en este hospital.
- b) Mis Instrucciones por Adelantado han sido revisadas conmigo y éstas son vigentes y están correctas. Yo entiendo que mis deseos como he descrito en mis Instrucciones por Adelantado serán ejecutados por este hospital hasta el extremo permitido por la ley.

Se me ha dado copia de la "Declaración de Derechos del Paciente."

X Maria I. Delmas
Paciente o Representante del Paciente

11/4/2000

Fecha

Kac
Testigo

PELAYO R. TORRES, M.D.
DIPLOMATE AM. BD. OF EMERGENCY MEDICINE
FELLOW AM. ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS
PAN AMERICAN HOSPITAL
5959 N.W. 7TH STREET
MIAMI, FL 33125

305) 264-1000

DEA # AT 2063410
LIC. # 0041789 (FL)

NAME Abdulhassan, Mansur AGE 11/4/00
ADDRESS _____ DATE 11/4/00

R

Brexitacm ophth
1 tube
Sig: Topically
in (R) eye QCH.

☒ Label
Refill no times

(Signature) G. Torres

In order for the brand name product to be dispensed, the prescriber must write 'Medically Necessary' below the signature.

FP2103078

E ASSOCIATES **NATION SHEET**

SCHOOL OF COM. 2000

PAGE 02

☒ NEW ☐ ESTABLISHED ☐ SFU ☐ EMERG

DOCTOR: Dr Segal

CHART # 2035894

Patient: adumassia, maria AGE: 52

AUTH. #

LAST VISUAL EXAM DATE: 1/21/02

CHIEF COMPLAINT: Not Reg Appt. Last

EM(S) & INTERVAL EYE HISTORY FOR EACH PROBLEM:

Flash of bright light on OD 1 asked for 10 sec.
flashes are seen off and on both eyes. Sees floaters.

OD 20/50 PH 20/40
OS 20/70 PH 20/40

N SC ODJ
CC OSJ

M

OD -2.50 +0.75 X005 20/20
OS -1.50 +0.50 X015 20/20

CL

MEDS USED: +2.25 Tit

TIME 4:09 PM

Temp

MLR330 SEQ. 7 21
NAME _____
DATE _____

RIGHT SPH: -2.00
CYL: +0.00 X 00
LEFT SPH: -2.00
CYL: +0.50 X 90
NET VERT PSM
AT OC: 0.7
PD AT OC
(R29)

ADS: OD/OS/OU

TIME: 4:09 AM

MYD 5%
NEO 2.5%

MYD 1%

NEO 10%

OSIS / ORBIT / NODES

Conj / bulbar

NL

ABNL

ABNL

LEAR

path / cells / flare

NL

ABLNL

OPEN

NARROW

CLOSED

ABNL

AR

PCL

ACL

CORT.

PSC

CLEAR

CLOUDY

OPEN

CLEAR

FLOATERS

PVD

AM: DIRECT

INDIRECT

C.L.

WNL

WNL

WNL

Rx Meds:

_____	@	_____	OD	OS
_____	@	_____	OD	OS
_____	@	_____	OD	OS
_____	@	_____	OD	OS

INIT

DATE

PLAN OF TREATMENT:

Visual Fields

Fluoro

Rx OD

OS

URE

NEXT APPT:

☐ SUNSET

☐ DEERING

☐ HOMESTEAD

FEB- 4-02 MON 9:13 AM

3052370897

P. 2

MEDEYE ASSOCIATES EXAMINATION SHEET

☐ NEW ☐ ESTABLISHED ☐ SFU ☐ EMERG

NAME: Abdulmassia, Maria DOCTOR: Segeul CHART #
EXAM DATE: 4-27-01 LAST VISUAL EXAM DATE: AUTH. # 098028984

CURRENT CHIEF COMPLAINT: 2 floater were, flares at
EYE PROBLEM(S) & INTERVAL EYE HISTORY FOR EACH PROBLEM: couldn't afford op times **K** X2

V SC OD 20/30 PH 20/30 **N** SC ODJ **M** OD
A CC OS 20/30 PH 20/30 **N** CC OSJ **M** OS
CL CL CL
EXT WNL **P** EOM: FULL **T** 15
UPILS: NI $\neq$ MG? Y N CVF **T** 15 TIME 9:2

IN OFFICE MDS: OD/OS/OU
ALCAINE MYD 5% MYD 1%
CYC 1% NEO 2.5% NEO 10%
SL: LLL / PTOSIS / ORBIT / NODES
Conj / bulbar NL NL ABNL
CORNEA: CLEAR NL ABLNL
Ant Cham depth / cells / flare NL ABLNL
ANGLES: OPEN NARROW CLOSED
Iris NL ABNL
LENS: CLEAR PCL ACL
NS CORT. PSC
POST CAP: CLEAR CLOUDY OPEN
VITREOUS: CLEAR FLOATERS PVD
FUNDUS EXAM: DIRECT INDIRECT C.L.
DISC: C/D
MACULA: WNL
VESSELS: WNL
PERIPHERY: WNL
INIT DATE PLAN OF TREATMENT:
Test results: Visual Fields
Fluoro
DIAGNOSIS: Ret detachment 6 mon
NEXT APPT: 7/8/01

99214
92225
PCR.

did not get
glue
get @ glaze

Ret detachment

did not get
glue
get @ glaze

DR. SIGNATURE
AUG-10-01 FRI 11:05 AM

NEXT APPT:

☐ SUNSET

☐ DEERING

☐ HOMESTEAD

P. 1

MEDEYE ASSOCIATES HISTORY SHEET

NAME Abdulmassih, Marica

FAMILY PHYSICIAN/PCP

ALLERGIES NKA.

CHART #

DATE 3-30-01

DOB 8-18-48

HOME# () 220-8509.

WORK# ()

GENERAL MEDICATIONS:

Dosage

SOCIAL HISTORY: Reviewed - No change since visit on

OCCUPATION:

SMOKE: ☒ YES ☐ NO

ALCOHOL CONSUMPTION:

☐ 0-7 DRINKS PER WEEK ☐ 7 DRINKS PLUS PER WEEK

☐ SUBSTANCE ABUSE

Reviewed - No change since visit on

MEDICAL HX

YES NO

COMMENTS

RESPIRATORY PROBLEMS

CANCER

DIABETES

KIDNEY STONES

HIGH BLOOD PRESSURE

HEART

STROKE

FAMILY HX Reviewed - No change since visit on

GLAUCOMA

DIABETES

CATARACTS

SURGERIES

DIALYSIS

DAYS OF WEEK:

OCULAR MEDICATIONS:

TEARS

OPHTHALMIC HISTORY - (SURGERIES, LASERS, TRAUMA, DISEASES)

DATE

DESCRIPTION

DOCTOR

O		Corneal abrasion OD 6 months ago, a bottle of of Tums fell from counter & hit OD (Walmart store).	
D			
O			
S			

HX OF TESTING

JAN

FEB

MAR

APR

MAY

JUN

JUL

AUG

SEP

OCT

NOV

DEC

C/D PHOTOS

VF

GONIOSCOPY

FLOURESCIN

ALPHA-5000 (TAN)

Referral Add

10/1/00 10:00:00

Referral and Insurance

PROVIDER INFORMATION

Provider Name: MURPHY, ENLORNE S

Provider ID: 400006

Ref Provider ID: 000005

ALPHA-5000 (TAN)

Referral: REGISTRATION - 10/1/00

Referral ID: 1000001

Referral Name: SUPER VALUE PLAN

Referral Information

Referral Number:

Referral Code:

Referral Expiration Date: 10/1/00

REFERRAL PROVIDER INFORMATION

Provider Name: MURPHY, ENLORNE S

Provider ID: 400006

Ref Provider ID: 000005

Ref Provider ID: 1000001

Referral Name: SUPER VALUE PLAN

REFERRAL INFORMATION

Service Code: 9400

Number of Units: 5

The provider understands that receipt
of use of this referral information
does not guarantee payment of and
does not constitute a contract, and such
information is subject to change, even
retroactively, at any time.

Ref. No. 1

10/1/00

DATE: 3-29-01
PHYSICIAN TO SEE TODAY: ☒ A. JAMES SEGAL, M.D.
☐ ANN E. BALEN, M.D.
☐ CHARLES J. KAISER
☐ EUGENE E. JOYCE, M.D.
☐ JANIS DZELZKALNS, M.D.
ACCOUNT NUMBER: _____
NUMERO DE CUENTA: _____
VERY IMPORTANT / IMPORTANTE
REFERRING PHYSICIAN NAME, ADDRESS & PHONE NUMBER / NOMBRE DIRECCION Y TELEFONO DE QUE TO REFERIR
ADDRESS: 8410 W. FLAHER ST Miami FL 33144
PHONE: 305-221-7555
City / Ciudad: Miami State / Estado: FL Zip / Código Pos: 33144

PATIENT INFORMATION
NAME: ABDULMASSIH MARIA I
Last/Apellido: ABDULMASSIH Name/Nombre: MARIA I Middle/Inicial: I
DATE OF BIRTH: 8/18/48 AGE: _____
Fecha de nacimiento: 8/18/48 Edad: _____
HOME ADDRESS: 300 W. PARK DRIVE APT#203 MIAMI FL 33172
Dirección: 300 W. PARK DRIVE APT#203 City / Ciudad: MIAMI State / Estado: FL Zip / Código Postal: 33172
Street / Calle: PARK DRIVE
SOCIAL SECURITY#: 583-20-1123
Número de Seguro Social: 583-20-1123
SEX: FEMALE MARITAL STATUS: Single
Sexo: Femenino Estado civil: Soltero
DRIVERS LICENSE'S NUMBER: A134-549-48-798-3
Número de licencia: A134-549-48-798-3
SPOUSE'S NAME: NO
Nombre de su esposo/esposa: NO
PLACE OF EMPLOYMENT: OASIS RESERVATION
Trabajo: OASIS RESERVATION
BUSINESS ADDRESS: 7757 W. FLAHER SUITE 201 MIAMI FL 33174
Dirección/Trabajo: 7757 W. FLAHER SUITE 201 City/Ciudad: MIAMI State/Estado: FL Zip: 33174

IF PATIENT MINOR
NAME PARENT/GUARDIAN: _____
Vombre: _____ Last/Apellido: _____
ADDRESS (IF DIFFERENT FROM PATIENT): N/A
Dirección/Trabajo: N/A Street/Calle: N/A City/Ciudad: N/A
EMPLOYER OF PARENT/GUARDIAN: _____
Trabajo / Padre ó guardian: _____ State/Estado: _____ Zip/ Código Postal: _____
ADDRESS: _____
Dirección: _____

HEALTH INSURANCE INFO
MEDICARE# [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
SUPPLEMENTAL INSURANCE: _____
Seguro Suplementado: _____
INSURED'S SOCIAL SECURITY: _____
Número de Seguro Social del asegurado: _____
INSURED'S DATE OF BIRTH: _____
Fecha de nacimiento del asegurado: _____
INSURED'S NAME: _____
Nombre del asegurado: _____
POLICY NUMBER: _____
Número de Póliza: _____
GROUP NUMBER: _____
Número de Grupo: _____
PHONE: # () _____
Teléfono: _____
PRIMARY INS. AETNA/HMO.
Seguro Primario: AETNA/HMO.
INSURED'S SOCIAL SECURITY: 583-20-1123
Número de Seguro Social del asegurado: 583-20-1123
INSURED'S NAME: _____
Nombre del asegurado: _____
POLICY NUMBER: TNRJCD 10.
Número de Póliza: TNRJCD 10.
GROUP NUMBER: _____
Número de Grupo: _____
PHONE: _____
Teléfono: _____

EXPLANATION OF PAYMENT POLICY AND INSURANCE FILING PROCEDURES

INITIAL

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I HEREBY AUTHORIZE PAYMENT DIRECTLY TO MEDEYE ASSOCIATES OF ANY AND ALL MEDICAL BENEFITS APPLICABLE AND OTHERWISE PAYABLE TO ME. I UNDERSTAND THAT I AM FINANCIALLY RESPONSIBLE TO MEDEYE ASSOCIATES FOR CHARGES NOT COVERED BY THIS ASSIGNMENT. J.M.A.

RELEASE OF INFORMATION: I HEREBY AUTHORIZE THE MEDEYE ASSOCIATES TO FURNISH MY INSURANCE COMPANY OR COMPANIES, OR THEIR REPRESENTATIVES WITH ANY AND ALL INFORMATION THAT MAY BE CONTAINED IN THEIR MEDICAL RECORDS. J.M.A.

LIFETIME MEDICARE B SIGNATURE AUTHORIZATION: I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL OR OTHER INFORMATION ABOUT ME TO RELEASE TO THE SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION AND HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION OR ITS INTERMEDIARIES OR CARRIERS, OR TO THE BILLING AGENT OF MEDEYE ASSOCIATES ANY INFORMATION NEEDED FOR THIS OR A RELATED MEDICARE CLAIM. I PERMIT A COPY OF THIS AUTHORIZATION TO BE USED IN PLACE OF THE ORIGINAL, AND REQUEST PAYMENT OF MEDICAL INSURANCE BENEFITS BE MADE TO THE HOLDER OF THIS ASSIGNMENT ON MY BEHALF. I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ANY HEALTH DEDUCTIBLES AND COINSURANCE.

MEDIGAP: I REQUEST THAT PAYMENT OF AUTHORIZED MEDIGAP BENEFITS BE MADE ON MY BEHALF TO MEDEYE ASSOCIATES FOR ANY SERVICES FURNISHED ME BY THEM. I AUTHORIZE ANY HOLDER OF MEDICAL INFORMATION ABOUT ME TO RELEASE TO ANY INFORMATION NEEDED TO DETERMINE THESE BENEFITS OR THE BENEFITS PAYABLE FOR RELATED SERVICES. I UNDERSTAND THAT I DO NOT NEED TO PROVIDE MY SUPPLEMENTAL INSURER WITH INFORMATION CONCERNING THIS MEDICARE CLAIM, BECAUSE MY SIGNING THIS AUTHORIZATION WILL CAUSE MEDICARE PAYMENT INFORMATION TO CROSS OVER AUTOMATICALLY.

LIABILITY/INSURANCE WAIVER: I HEREBY STATE THAT I WISH MEDEYE ASSOCIATES TO SUBMIT MY CLAIM FOR MEDICAL SERVICES TO ACCIDENT DATE OF FOR SERVICES RENDERED FOR THE LIABILITY INSURANCE AND WILL NOT BE MAKING ANY CLAIM TO ANY OTHER GENERAL LIABILITY INSURANCE OR COMPANY. I ALSO UNDERSTAND THAT IF I DO SUBMIT THIS TO ANY OTHER GENERAL LIABILITY INSURANCE OR COMPANY THAT WILL HAVE TO BE RE-FUNDED IMMEDIATELY AND THE TOTAL AMOUNT ORIGINALLY CHARGED FOR THE SERVICES RENDERED WILL BECOME DUE AND PAYABLE BY ME. FILING YOUR LIABILITY INSURANCE DOES NOT CONSTITUTE AN ASSIGNMENT. IF THIS IS A LEGAL CASE, WE DO NOT ACCEPT ASSIGNMENT PENDING THE OUTCOME OF YOUR CASE. YOU ARE RESPONSIBLE FOR YOUR BILL IN ITS ENTIRETY.

IF PATIENT IS UNDER 18: I HEREBY GIVE MY PERMISSION FOR TO BE TREATED BY DR.

SIGNATURE / TELEPHONE VERIFICATION

WITNESS

DATE

PLEASE READ: THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR ALL FEES, REGARDLESS OF INSURANCE COVERAGE. ALL CHARGES ARE DUE AT THE TIME OF SERVICE. I UNDERSTAND THAT I AM RESPONSIBLE FOR ANY DEDUCTIBLE, CO-PAYS AND NON-COVERED SERVICES NOT PAID BY MY INSURANCE COMPANY. IF A CHECK IS RETURNED, THERE WILL BE A \$15 SERVICE CHARGE. IF MY ACCOUNT BECOMES DELINQUENT IN PAYMENT, I AGREE TO PAY ALL COSTS OF COLLECTION INCLUDING A REASONABLE ATTORNEY'S FEE.

METHOD OF PAYMENT: ☐ CASH

☒ VISA

☐ M/C

☐ AMERICAN EXPRESS

☐ DISCOVER

DATE

PATIENT GUARDIAN SIGNATURE

WITNESS

THESE AUTHORIZATION MUST BE SIGNED IN ORDER TO EXPEDITE THE FILING OF YOUR INSURANCE CLAIM.

MEDEYE ASSOCIATES EXAMINATION SHEET

☐ NEW

☐ ESTABLISHED

☐ SFU

☐ EMERG

NAME: Abdulmassih, Maria DOCTOR: Dr. Segal

EXAM DATE: 3-30-01 AGE: 52

CHART #

AUTH. # 098028984

CURRENT CHIEF COMPLAINT:

EYE PROBLEM(S) & INTERVAL EYE HISTORY FOR EACH PROBLEM:

Since last 6 months
Eye feel very dry

K
OD Floaters & Flashes

SC OD 20/200 PH 20/50

SC ODJ

CC OS 20/30 PH 20/20

CC OSJ

CL

CL

OD

OS

EXT WNL

P

MEDS USED:

EOM: FULL

UPILS: NI ≠ MG? Y N

CVF

T 18
13

TIME

IN OFFICE MDS: OD/OS/OU

TIME: 11:45 - 18
13

ALCAINE MYD .5%

MYD 1%

CYC 1% NEO 2.5%

NEO 10%

SL: LLL / PTOSIS / ORBIT / NODES

Conj / bulbar

NL

ABNL

CORNEA: CLEAR

Ant Cham depth / cor / flaps

ANGLES: OPEN NARROW CLOSED

Iris NL ABNL

LENS: CLEAR PCL ACL

NS CORT. PSC

POST CAP: CLEAR

CLOUDY

OPEN

VITREOUS: CLEAR

FLOATERS

PVD

FUNDUS EXAM:

DIRECT

INDIRECT

DISC: C/D

MACULA: WNL

VESSELS: WNL

PERIPHERY: WNL

Rx Meds.

HUMPHREY NO. 04
MODEL 595

NAME

03 APR 01
12:22 PM

RIGHT EYE

OBJ. RX:

SPH: -2.50

CYL: +0.25x 12

ACUITY: 20/20

REFLEX: 29.62

VERTEX: 13.50

LEFT EYE

OBJ. RX:

SPH: -1.25

CYL: +0.25x 21

ACUITY: 20/20

REFLEX: 37.81

VERTEX: 13.50

OS

OS

OS

OS

INIT

DATE

PLAN OF TREATMENT:

Visual Fields

Fluoro

DIAGNOSIS:

Peripheral retinal deg
Not detected

RX: OD
OS

dryness
dryness

if dryness persists
will put on drops
if needed

0089 522 506

MAR-30-01 FRI 4:39 PM

Call
2-208529

305 670-8373 De Sique

MED**MEDEYE ASSOCIATES**

SURGERY AND DISEASES OF THE EYE

5950 SUNSET DRIVE
MIAMI, FL 33143
TELEPHONE 661-85869299 S.W. 152ND STREET
SUITE 101
MIAMI, FL 33157
TELEPHONE 233-8043151 N.W. 11TH STREET
4TH FLOOR
HOME: TEAD, FL 33030
TELEPHONE 242-3581**CERTIFICATE TO RETURN TO WORK / SCHOOL**

PATIENT NAME

Maria Abdulmassih

HAS BEEN UNDER MY CARE ON

3-30-01

NATURE OF ILLNESS OR INJURY

vitreous detachment

RESTRICTIONS

LIGHT WORK

COMMENTS

No work today. Eyes fully dilated
Cannot do close-up work. Return to work
by 4/4/01
LegelJAMES SEGAL, M.D., F.A.C.S. - MEDICARE # 92152 Z
JOHN BATTEN, M.D. - MEDICARE # 96969 Y
CHARLES J. KAISER, M.D. - MEDICARE # 26227 Y
JOSEPH AMOUR, M.D. - MEDICARE #JOYCE, M.D. - MEDICARE #
J. ZALINS, M.D. - MEDICARE #
J. LAGANO, M.D. - MEDICARE #
J. VENE, O.D. - MEDICARE # 19693**MED****MEDEYE ASSOCIATES**

SURGERY AND DISEASES OF THE EYE

5950 SUNSET DRIVE
MIAMI, FL 33143
TELEPHONE 661-85869299 S.W. 152ND STREET, SUITE 101
MIAMI, FL 33157
TELEPHONE 233-8046151 N.W. 11TH STREET, 4TH FLOOR
HOME: TEAD, FL 33030
TELEPHONE 242-3581

NAME

Maria Abdulmassih

ADDRESS

DATE 3/30/01

D.V.	O.D.	SPHERICAL	CYLINDRICAL	AXIS	PRISM	BASE
	O.S.	-2.50	+0.25	010		
N.V.	O.D.	-1.25	+0.25	020		
	O.S.	+7.50				
		+2.50				

FOR CHILDREN: 35mm FLAT TOP - UPPER BORDER LOWER SEGMENT AT LOWER PUPIL MARGIN.

REMARKS

DR.

A. Legel

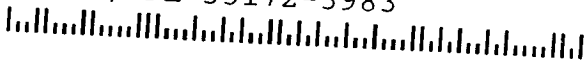
ENTRINE

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561 / MIAMI, FLORIDA 33102
305 / 326-6167
BROWARD LINE 1-800-329-7000
EXTENSION: 6167

STATEMENT

RESPONSIBLE PARTY / GUARANTOR NAME

MARIA I ABDULMASSIH
#203
300 W. PARK DR.
Miami, FL 33172-3983



RETURN THIS STUB BY DETACHING HERE

When referring to this account or making payment, PLEASE
use account number and show Patient Name on payment.

PATIENT NAME

MARIA I ABDULMASSIH

BILL DATE

11/30/00

ACCOUNT NO.

71-27-46

AMOUNT PAID

THIS IS A STATEMENT OF SERVICES RENDERED IN THE FOLLOWING

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561
MIAMI, FL 33102

Insurance estimate solely for payor's information. Payor
remains responsible for all sums not paid by insurance /
party and should not rely on estimate.

DATE

DESCRIPTION

INSURANCE ESTIMATE PATIENT ESTIMATE

CLINIC (11/10/00 - 11/10/00)

Total Charges for the visit: \$
Balance Forward

64.97

Billed Amount

0.00

0.00

64.97

Balance for visit # 1630321:
No Insurance information available.

0.00

64.97

POSTING DATE

PATIENT NAME

ACCOUNT NO.

PAY THIS AMOUNT

11/30/00

MARIA I ABDULMASSIH

71-27-46

0.00

64.97

- Payments received after this date will appear on your next statement.
- We do not GUARANTEE any third party insurance.
- Please keep this statement for income tax purposes.
- Statement balance due when rendered.

• Make check
payable to:

PAY THIS AMOUNT

ANNE BATES LEACH
EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561
MIAMI, FLORIDA 33102

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Please send your payment today.

If you would like to pay by Credit Card, Please complete below

Card # _____ Exp Date _____ Amount _____

Bascom Palmer Eye Institute/Anne Bates Leach Eye Hospital
900 NW 17th Street
Miami, FL 33136
305-326-6000 or 800-329-7000, Extension
(FAX) 305-326-6374 WWW.BPEIMED.MIAMIEDU

History:

To: _____ (Insert name and address below)

Phone: _____ Fax: _____

Findings:

Diagnosis:

Plan / Instructions:

Eye Safety Information sheet given. MUBA con

May go back to work _____ Restrictions: ☐ None ☐ No heavy work ☐ Safety glasses
Physical Education ☐ may take ☐ limited ☐ may not take

Medication Medicación	Eye(s) / Ojo(s)			By mouth Oralmente	Frequency Frecuencia	Duration Duración
	Right Derecho	Left Izquierdo	Both Ambos			

Physician Name _____

Nurse Signature _____

Physician Signature _____

Patient Signature _____

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
BASCOM PALMER EYE INSTITUTE
MIAMI, FLORIDA - PALM BEACH GARDENS, FLORIDA

REPORT/PATIENT INSTRUCTIONS

ck No. 3755



Rev.
05/00

MEDICAL RECORDS COPY

NAME: ABDULMASSIT, MARIA

MRN: 71-27-46

AGE: _____ DOB: 8 / 18 / 48

DATE OF SERVICE: 11 / 10 / 00

Time of arrival 12:30 pm Means of arrival Amb.
Type of visit ☐ New or over 3 years ☐ Follow-up (established patient)

☐ Accepted in transfer from:

Referring Physician
Address

Phone

Fax

E-mail

Current symptoms:
location
severity/quality
duration
timing
context
modified by
associated signs and
symptoms
impact on lifestyle
Chronology of illness:
onset and course of
illness, including
medical and surgical
treatment, and by whom
Last eye exam (when, where,
by whom?)
Interval history since last visit
here

Reason/purpose of visit (symptom, complaint, diagnosis, condition, problem):
was hit e bottle of Tums to OD @ Target 11/4/00.
c/o "black shadow" "flash of light" OD

History of Present Illness:

- 1/4 mild trauma to OD on
11/4/00 while @ drugstore

- c/o floater / flashing light centrally
apparently had K
(on top. Abr)
ophth / ETR

Current Ocular Medications:

Artificial Tears

Review of symptoms (ocular) (Circle "yes" or "no" for items not described in history of PI, details as needed)
Visual symptoms: Disturbed vision? Yes No If yes, gradual change? Yes No

Details: Dim Blurred Distorted Foggy Cloudy Hazy Fluctuating Light sensitivity Glare Double vision Floaters
Worse: In dark or dim places? In bright places? At distance? At near (reading)? In the side vision?

Non-visual symptoms: Redness? Yes No Discharge? Yes No Eyes comfortable? Yes No
Details: Eyes feel tired. Dry, sandy, gritty feeling. Burning. Itching. Irritated eyelids. Recurrent stye or chalazion. Pain

Review of Systems, Past, Medical, Social History

☒ See today's patient questionnaire. ☒ See Problem List created or updated today.

☐ No change since history recorded on _____ (date) except as recorded below.

Changes since last review and items of particular note:

0

Page 1 of 4

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
BASCOM PALMER EYE INSTITUTE
MIAMI, FLORIDA - PALM BEACH GARDENS, FLORIDA
EMERGENCY COMPLETE OCULAR EVALUATION

Stock No. 3725

Rev. 6/99

NAME: ABDULMASSIH, MARIA

MRN: 71-27-416

AGE: _____ DOB: 8-12-48

DATE OF SERVICE: 11-10-00

EXAMINATION

GENERAL

healthy
debilitated

Appearance

alert
somnolent

oriented
disoriented

composed
worried

quiet
anxious

cheerful
agitated

depressed
somber

Vital Signs

BP 105/53

P 86

R 20

T A-Feb.

VISUAL FUNCTION

Visual Acuity

	without correction	with present glasses	with pinhole	with glare (or lights on)
OD	20/200	→	20/70	
OS	20/80+	→	20/50+2	

Near

without correction	with glasses
--------------------	--------------

Best corrected acuity

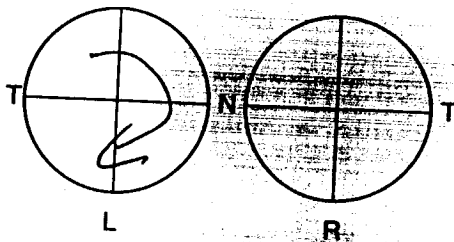
OD: _____ = _____ x _____ → _____ Add: _____ → _____
 OS: _____ = _____ x _____ → _____ Add: _____ → _____

Wearing (How old? _____)

OD: _____ = _____ x _____ Add: _____
 OS: _____ = _____ x _____ Add: _____

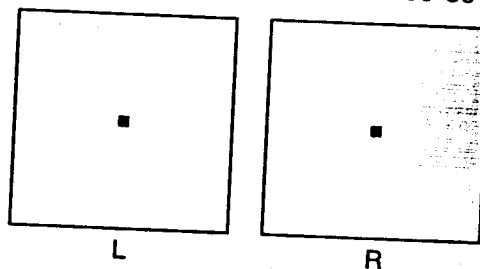
Confrontation Fields

normal OD OS OU ? abnormal OD OS OU



Amsler grid

normal OD OS OU abnormal OD OS OU



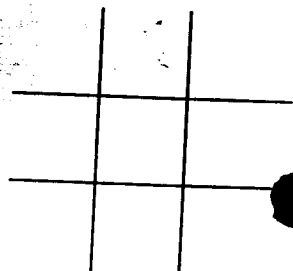
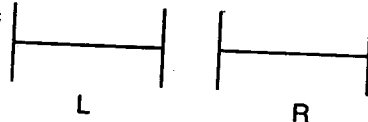
Color

normal OD OS OU
abnormal OD OS OU

OCULAR MOTILITY (including primary gaze alignment)

Sensory function tests:

Gaze alignment: orthophoria in primary gaze
full ductions



ADNEXAE/FACE (including lids, lacrimal glands, lacrimal drainage, orbits and preauricular lymph nodes)

external inspection unremarkable skin clear no ptosis high lid crease dermatochalasis orbit appears normal normal puncta position
 normal tear lake telangiectasia rhinophyma dry mouth no VII palsy no infraorbital hypesthesia corneal sensation normal
 no pre-auricular node

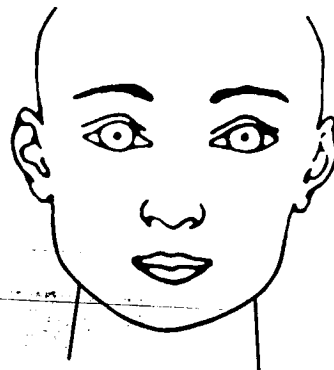
PUPILS AND IRIS (shape, direct and consensual reaction, size, and morphology)

Normal

equal, 5 mm OU
 normal size OD OS OU
 round OD OS OU
 regular OD OS OU
 reacts well OD OS OU
 hippus
 No APD OU

Abnormal

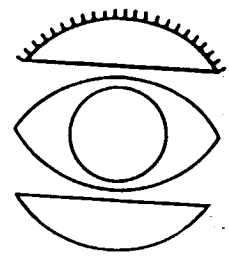
anisocoria (unequal) _____ mm OD _____ mm OS
 miotic OD OS OU dilated OD OS OU
 oval OD OS OU peaked OD OS OU
 irregular OD OS OU
 fixed OD OS OU
 sluggish OD OS OU
 APD OD OS



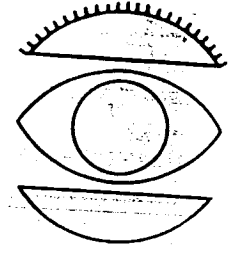
ANTERIOR SEGMENT

- eyelid margin clean mild scurf MGD
- puncta good position everted stenosis
- conjunctiva white quiet
- cornea WNL
- tear film:
 - WNL dry excessive mucoid purulent
- epithelium:
 - WNL PEE
- stroma:
 - WNL thick clear cloudy
- endothelium:
 - WNL guttata no guttata
- anterior chamber
 - depth deep centrally deep peripherally
 - cells & flare quiet
- Iris WNL
- lens
 - clarity clear cortex early opacity
 - anterior & posterior capsule clear PSC
 - nucleus clear early NS

Right Eye

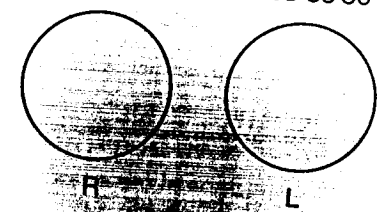


Left Eye



Gonioscopy

open, wide OD OS OU

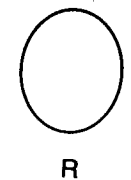


• IOP OD: 16 OS: 12 Time measured: 250 pm
☐ Appl ☐ Tonopen ☐ Pneumo Time used glaucoma meds:
☐ Not done: child trauma possible infectious disease
 PUPILS DILATED: Time: 250 pm Meds used: MxN
☐ Not dilated (reason):

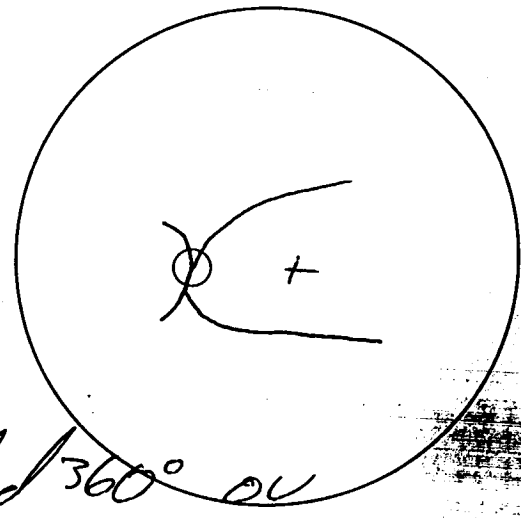
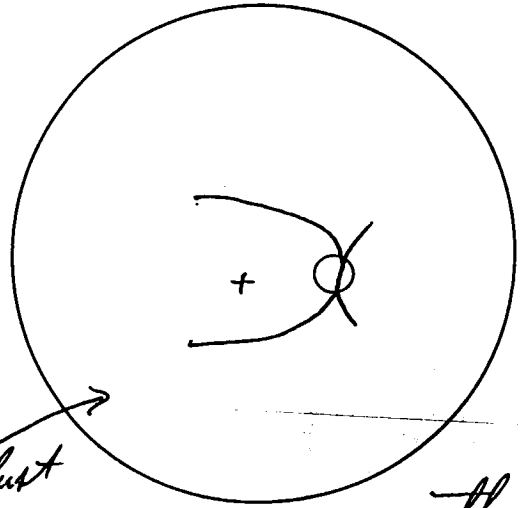
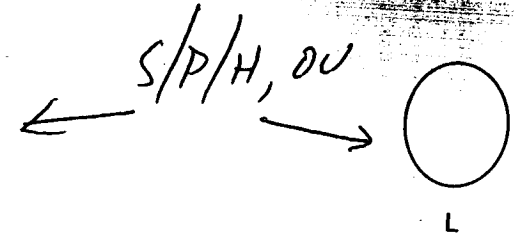
POSTERIOR SEGMENT

- Vitreous clear posterior detachment
- Optic disc: physiologic no change
 - Size
 - Cup/disc
 - Nerve fibers
- Retina:
 - Macula WNL drusen
 - Vessels WNL narrow
 - Periphery WNL lattice

Right Eye



Left Eye



partial PVD
 & tobacco dust

- attached 360° OU

TEST RESULTS AND INTERPRETATION

☐ Visual Field ☒ Photography ☐ Angiography ☐ Echography ☐ Corneal Topography

OD:

OS:

Exam Date: _____ Interpretation Date: _____ Signature: _____

☐ Visual Field ☐ Photography ☐ Angiography ☐ Echography ☐ Corneal Topography

OD:

OS:

Exam Date: _____ Interpretation Date: _____ Signature: _____

DIAGNOSTIC IMPRESSIONS/ASSESSMENT

① Sp (2) K abrasion OD

eye is WtQ, no signs

MANAGEMENT

retinal tear

SEVERITY

minor
self-limited
low
moderate
urgent significant threat
immediate significant threat

Reason for service (ICD-9)

Primary condition that prompted service:

Co-existing conditions that affected visit or procedure:

(Optional) conditions without impact on service rendered today:

Time of discharge _____ Date _____

Final disposition and condition

- ☐ Discharged stable. Follow-up plan _____
☐ Transfer to _____
☐ Emergency admission to observe for _____
☐ Emergency inpatient admission
☐ Awaiting urgent surgery within _____ hours
☐ Requires urgent monitoring of condition in _____ hours.
 Return to ER at _____ on _____
☐ Voluntary withdrawal from further evaluation and treatment

☐ Instructions given to patient.

Signatures:

MM Bacon

☐ technician ☐ resident ☐ fellow ☐ faculty
☐ optometrist ☐ optometric trainee ☐ nurse

☐ technician ☐ resident ☐ fellow ☐ faculty
☐ optometrist ☐ optometric trainee ☐ nurse

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL - HOSPI CHARGES

E038

A NOT FOR PROFIT HOSPITAL LICENSED BY THE STATE OF FLORIDA

THIS IS NOT A FINAL BILL. TOTAL LAB FEES MAY NOT BE INCLUDED

DATE OF BIRTH

SEX

MARITAL STATUS

BPEI NUMBER

TELEPHONE NUMBER

GUARANTOR NAME

ATTENDING PHYSICIAN

DATE OF SERVICE

SOCIAL SECURITY NUMBER

383-20-1123

PATIENT NAME

FIRST

MI.

PATIENT ADDRESS

300 W. PARK DR.

REFERRING PHYSICIAN

MEDICARE NUMBER

MEDICAID NUMBER

Anne Bates Leach Eye Hospital, P.O. BOX 016880, Miami FL 33101
Hospital Business Office (305) 326-6167

Bascom Palmer Eye Institute, P.O. BOX 016009, Miami FL 33101
PHYSICIAN BUSINESS OFFICE (305) 326-6040

HOSPITAL SERVICES

PROFESSIONAL SERVICES

Hospital Fees

Doctor Fees

Hospital Emergency Department Facility

- | | | | |
|--------------------------------|--------|-----------------------------------|--------|
| ☐ 99281 | 990410 | ☐ 99281-25 | 990450 |
| ☐ 99282 | 990600 | ☐ 99282-25 | 990610 |
| ☐ 99283 | 990585 | ☐ 99283-25 | 990520 |
| ☐ 99284 | 990500 | ☐ 99284-25 | 990510 |
| ☐ 99285 | 990420 | ☐ 99285-25 | 990425 |

Note: -25 Modifier is applied to E/M with other services

- ☐ Tetanus injection 990652
☐ Procedure in ED 342967
(not minor OR) 990606

See Separate Invoice for
Hospital and Physician
Fees for Services listed to
the left.

=====
(Coders use only) APC assigned by

☐ 0610 ☐ 0611 ☐ 0612

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

Emergency Physician Services

- | | | |
|--------------------------------|-------------------------|--|
| ☐ 99281 | 3 of 3 elements | Modifiers |
| ☐ 99282 | History Exam Complexity | GC Resident Involved ☐ Yes ☐ No |
| ☐ 99283 | PF PF SF | ☐ -57 Decision for surgery made today for surgery today or tomorrow |
| ☐ 99284 | EPF EPF SF | ☐ -25 E/M Service unrelated to minor surgical service today |
| ☐ 99285 | DET DET LOW | ☐ -24 E/M Service unrelated to recent surgery |
| | COMP COMP MOD | |
| | COMP COMP HIGH | |

Diagnoses (for Emergency E/M services)

Chief Complaint (Admit diagnosis)

flashes / floaters

Principal Final Diagnosis

trauma / healed KED

Secondary Diagnosis included in Emergency Evaluation & Management

Incidental Diagnoses (if any)

Providers

- ☐ Staff Ophthal
☐ Resident Ophthal
☐ Staff Optom
☐ Resident Optom

Billing Provider Signature
STATEMENT

I certify that the medical record documents the services and diagnoses as marked.

Other Physician Services

- ☐ Planned Pre-op 10430
☐ Post-op 99024 10440
☐ Gonioscopy 92020 18880
☐ Sensorimotor (I&R) 92060
☐ Therapeutic contact lens (I&R) - RT 92070
☐ Therapeutic contact lens (I&R) - LT 92070
☐ Ext Ophthal Init (I&R) - RT 92225 10004
☐ Ext Ophthal Init (I&R) - LT 92225 10004
☐ Ext Ophthal Fu (I&R) - RT 92226
☐ Ext Ophthal Fu (I&R) - LT 92226

Principal Diagnoses (for each)

TOTAL HOSPITAL FEES

Tax ID# 59-2579838

TOTAL DOCTOR FEES

ix ID# 59-2154129

Follow-up Appointment

Authorization needed for follow-up appointment
Urgent Will require ED care if no authorization provided

INSTRUCCIONES PARA SERVICIOS MEDICOS CONTINUOS

PARA CONTINUAR SU TRATAMIENTO MEDICO, SIGA LAS INSTRUCCIONES SENALADAS DEBAJO:

CUIDADO DE LAS HERIDAS: ☐

1. Mantenga la herida cubierta y limpia, fuera del contacto directo con la luz solar.
2. Si tiene una herida facial, límpiela dos veces al día con una solución de mitad de peróxido de hidrógeno (agua oxigenada) y mitad de agua.
3. Si los vendajes se saturan de sangre, regrese inmediatamente al Departamento de Emergencias.
4. Cualquier herida puede infectarse, no importa cuán bien haya sido atendida. Si su herida se pone roja, inflamada, con pus o con franjas rojas, o si hay un aumento de dolor o sensibilidad en el área de la herida, llame a su médico particular inmediatamente o regrese inmediatamente al Departamento de Emergencias.
5. Mantenga los vendajes limpios y secos. Llame a su médico para una cita en la fecha indicada.

TORCEDURAS, FATIGA MUSCULAR Y GOLPES: ☐

1. Si la lesión ha ocurrido en una extremidad, manténgala elevada. Durante las primeras 24 horas después de su regreso a la casa, aplique 3 ó 4 veces una bolsa de hielo por 30 minutos.
2. Después de pasadas 24 horas, aplique calor por 30 minutos, 3 ó 4 veces al día, de una de las maneras siguientes:
 - a. Use una toalla húmeda cubierta de plástico y una bolsa de agua caliente.
 - b. Use una almohadilla eléctrica cubierta.
 - c. Cualquiera que sea el método usado, tenga cuidado de no quemarse.
3. Si los vendajes están muy apretados, la extremidad tendrá picazón, se adormecerá o cambiará de color. Desate y ate de nuevo los vendajes si esto ocurre. Si se presenta algún problema o pregunta, consulte a su médico particular o regrese al Departamento de Emergencias.

EQUIPOS ORTOPEDICOS

INMOBILIZADOR DE LA CLAVICULA

- No se quite el inmovilizador hasta que no vea al Doctor en _____ días.
- Si el inmovilizador le molesta en alguna área, aplíquelo relleno.
- Aplíquese hielo las primeras 24 horas en el área afectada.
- Llame a la Emergencia o a su Médico si le ocurriera algún problema.

CATARRO COMUN/ VIRUS

- Evite contacto con otras personas.
- Aminoré las actividades fuertes.
- Tome mucho líquido.
- Suprime la leche.
- Un aerosol puede ayudar.
- Use Tylenol para la fiebre y malestar.

INSTRUCCIONES ADICIONALES: REGRESE SI SE EMPEORA ☒

VEA EL MEDICO EN 1-2 DIAS

NAME OR LAST NAME, FIRST NAME, INITIALS DR. Ophthalmologist
 951-954-3307
 Paciente ophth. Dr. [illegible]
 fecha de inicio 6 horas

REGRESA AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA ENTRE 7:00 A.M. HASTA 9:00 AM EL DIA _____
 PARA REVISAR SU HERIDA.

LLAME A LA OFICINA Y PIDA UNA CITA CON EL DOCTOR _____
 SI MAS PRONTO POSIBLE, AL TELEFONO _____

DADO A QUE ES ALGUNAS VECES IMPOSIBLE RECONOCER Y TRATAR TODOS LOS ELEMENTOS DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD EN UNA SOLA CITA A LA EMERGENCIA, ES IMPORTANTE QUE USTED REPORTE A SU MEDICO CUALQUIER SINTOMA NUEVO O REMANENTE, O QUE LLAME AL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA O QUE REGRESE INMEDIATAMENTE. HAGO CONSTAR QUE HE RECIBIDO LAS INSTRUCCIONES ARRIBA DESCRITAS, QUE HE RECIBIDO UN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA SOLAMENTE Y QUE PUEDEN HABERME DADO EL ALTA ANTES DE QUE TODOS MIS PROBLEMAS MEDICOS HAYAN SIDO CONOCIDOS O TRATADOS. YO HARE ARREGLOS PARA SEGUIRME EL TRATAMIENTO COMO ME HA SIDO INSTRUIDO ENTENDIENDO LAS INSTRUCCIONES QUE ME HAN DADO.

INSTRUCCIONES PARA LAS LESIONES EN LA CABEZA: ☐

1. Manténgase en cama por _____ días.
2. Tome _____ aspirinas o substitutos de aspirina (tales como Tylenol o Datril) cada cuatro (4) horas para el dolor de cabeza, si es necesario.
3. Si cualquiera de los siguientes síntomas se desarrollan, llame a su médico o regrese al Departamento de Emergencias inmediatamente:
 - a. Vómitos persistentes, fiebre, o dureza en el cuello.
 - b. Pupilas desiguales (una grande y la otra pequeña).
 - c. Confusión o somnolencia no usual.
 - d. Convulsiones o pérdida del sentido.
 - e. Tropezos, obstáculos o cualquier otra anomalía en el uso de las piernas o de los brazos.
 - f. Incontinencia en la orina o defecación.

LESIONES DEL CUELLO O LA ESPALDA

- Aplique calor en el área lesionada. Tenga cuidado de no quemarse. Cubra con una toalla la bolsa de agua o eléctrica.
- Descanse lo mas que le sea posible.
- Un masaje suave en el área afectada aumenta la circulación y produce alivio.
- Use el collar cervical de acuerdo a las instrucciones recibidas.

INYECCION ANTITETANICA: ☐

1. Puede haber una pequeña o moderada inflamación local y aumento de sensibilidad por un día.
2. Si un pequeño nódulo o protuberancia se forma en el lugar de la inyección, no debe ser motivo de preocupación y desaparecerá en pocos días.
3. En raras ocasiones, fiebre y malestar general pueden ocurrir.
4. Se necesita una inyección de toxoide tetánico cada 5 años para que permanezca su efectividad.

DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS

1. No hay restricciones en su dieta, a menos alimentos o alergias que le puedan causar dolores de cabeza.
2. Use bolsas de hielo en el lado de la cabeza cuando hay dolor en esa región, puede ayudar.
3. No deje de comer.
4. Descanse en un cuarto oscuro; evite fumar, y a su vez el humo y los olores fuertes.
5. No ingiera bebidas alcoholicas.
6. Evite completamente; las drogas sedativas que alteren su estado mental o emocional.

AN AMERICAN HOSPITAL
1959 NW 7TH STREET
MIAMI
FL 331263129

5 FED. TAX NO.	6 STATEMENT COVERS PERIOD FROM	7 COV D.	8 N-CD	9 C-1 D.	10 L-R D.	11
590917879	110400 110400					
13 PATIENT ADDRESS						

3 PATIENT CONTROL NO.
7000181813

EDULMASSIH, MARIA
300 WEST PARK DRIV MIAMI
FL 33172

14 BIRTHDATE	15 SEX	16 MS	17 DATE	18 HR	19 TYPE	20 SRC	21 D HR	22 STAT	23 MEDICAL RECORD NO.
0181948	F	S	110400	17	7				01 1458280
24 CONDITION CODES									
25 OCCURRENCE DATE									
26 OCCURRENCE DATE									
27 OCCURRENCE DATE									
28 OCCURRENCE DATE									
29 OCCURRENCE DATE									
30 OCCURRENCE DATE									
31 OCCURRENCE DATE									

KMART
14091 SW 88 ST
MIAMI FL 33186

39 CODE	40 VALUE CODES AMOUNT	41 CODE	42 VALUE CODES AMOUNT
a 45	14.00		
b			
c			
d			

43 DESCRIPTION	44 HCPCS / RATES	45 SERV DATE	46 SERV UNITS	47 TOTAL CHARGES	48 NON-COVERED CHARGES	49
450 EMERG ROOM	99282					
001 TOTAL CHARGES			1	72.00 72.00		

51 PROVIDER NO.	52 REL INFO	53 ASG BEN	54 PRIOR PAYMENTS	55 EST. AMOUNT DUE	56
	Y	Y			

59 P.REL	60 CERT. - SSN - HIC. - ID NO.	61 GROUP NAME	62 INSURANCE GROUP NO.
01	583201123		

64 ESC	65 EMPLOYER NAME	66 EMPLOYER LOCATION

68 CODE	69 CODE	70 CODE	71 CODE	72 CODE	73 CODE	74 CODE	75 ADM DIAG. CD	76 E-CODE	77

KMART
21 SW 88ST
MIAMI, FL 33166

82 ATTENDING PHYS. ID	83 OTHER PHYS. ID
FLME0041789 TORRES PELAYO	
OTHER PHYS. ID	
85 PROVIDER REPRESENTATIVE	86 DATE
X ANA COLL.S	11/10/00

*** MED EYE ASSOCIATES ***

=====

02/14/02

PATIENT INFORMATION SHEET

Page 01

ABDULNASSIR, MARIA I.

300 W. PARK DRIVE

APT#203

MIAMI

FL 33172

Patient #....2035891

Sex.....M

Birth date...08/18/1948 (53)

Marital.....S

SS #.....583-20-1123

Chart #.....

Provider.....1 A. JAMES SEGAL, MD.

Refer'd by...197 MYERS, OD.

Employer.....

Comment.....S-AETIA

Complete.....Y

Added.....03/27/01

Diags_

1st visit...03/30/01

361.31

Last visit...04/27/01

379.24

Next appt....

Last pay't...04/27/01

--- HISTORY ---

Typ	Vst	Date	Description	Amount
"V"	001	03/30/01	Patient Visit #1 375.15-362.60-379.2	
CHG	001	03/30/01	92004. EYE EXAM-HP-COMPREHENSIVE	210.00
CHG	001	03/30/01	92225.RT OPHTHALMOSCOPY-INITIAL/RIGHT SIDE OF	130.00
				80.00
"V"	003	04/27/01	Patient Visit #3 361.31 379.24	
CHG	003	04/27/01	99214. OV-EST-(OFF/OP)	180.00
CHG	003	04/27/01	92225.RT OPHTHALMOSCOPY-INITIAL/RIGHT SIDE OF	100.00
				80.00

SERVICE	CPT	FEE	SERVICE	CPT	FEE	SERVICE	CPT	FEE
OFFICE VISIT - NEW			OFFICE SURGERY			HOSPITAL SURGERY (CONTINUED)		
IMP EXAM	92004	92014	BLEPHAROPTOSIS	67904		SECONDARY INSERTIONS I.O.L.	66985	
TER EXAM	92002	92012	CHALAZION SINGLE REMOVAL	67800		TRABECULECTOMY	66170	
VEL 1 EM	99201	99211	CHALAZION MULTIPLE REMOVAL	67801		TRANS-SCLERAL INS. OF POST CHAMBER LENS	56999	
VEL 2 EM	99202	99212	EPILATION	67820				
VEL 3 EM	99203	99213	EXCISION OF LESION					
VEL 4 EM	99204	99214	FOREIGN BODY REM. - CORNEA	65222				
VEL 5 EM	99205	99215	LACRIMAL PLUG	A-4263				
ITH STARTED PROC	25		PHOTOCOAGULATION	67145				
OST-OP FOLLOW-UP		99024	PTERYGIUM W/O GRAFT	65420				
CHARGE			RADIAL KERATOTOMY/ENHANCEMENT	65771				
OFFICE CONSULTATIONS			LASERS			DIAGNOSIS		
LEVEL 1	99241		ARGON LASER IRIDECTOMY/IRIDOTOMY	66761		1		
LEVEL 2	99242		LASER DIABETIC RETINOPATHY (MACULAR)	67228		2		
LEVEL 3	99243		LASER PRP	67228		3		
LEVEL 4	99244		LASER ABNORMAL VESSELS	67210				
LEVEL 5	99245		LASER TRABECULOPLASTY	65855				
SPECIAL EXAMS & TESTS			HOSPITAL SURGERY			MODIFIERS		
OMP CORNEAL TOPOGRAPHY RL	92499		CATARACT REM. EXTRACAP (PHACO)	66984		24 UNRELATED POST-OP	57 DECISION FOR SURGERY	
CULTURE BACTERIAL	87070		CRYO	67141		52 REDUCED PROCEDURE	78 RETURN TO O.R.	
ELECTRO-RETINOGRAM	92275		ECTROPION	67916		54 CO-MANAGEMENT	79 UNRELATED PROCEDURE	
EXTERNAL PHOTO/SUN-SCOPE	92285		ENTROPION	67923				
SCAN	76512		EXTRAOCULAR MUSCLES - ONE HORIZONTAL	67311				
ONIOSCOPY	92020		- TWO HORIZONTAL	67312				
SCAN W/O L. CALCULATION	76519		- TWO OR MORE VERTICAL	67316				
JECTION TENON'S CAPSULE	67515		KERATOPLASTY PENETRATING	65730				
JECTION RETROBULBAR (ALCOHOL)	67505		KERATOPLASTY APHAKIA	85750				
ICULAR TOMOGRAPHY (ISLT)	92135		NASAL LACRIMAL DUCT INTUBATION W/PROBING	68830				
IPHTHALMOSCOPY, EXTENDED	92225		PTERYGIUM W/GRAFT	65426				
IPHTH. SUBSEQUENT	92226		RETINA REPAIR BY INJ.	67110				
IPHTH. W/FLUORESCIN ANGIOGRAPHY	92235		RETINA REPAIR (PREV. DETACH)	67112				
IPHTH. W/FUNDUS PHOTOGRAPHY	92250		SCLERAL BUCKLING RETINAL DETACHMENT	67107				
IEFRACTION FOR VISION CARE	92015							
IEFRACTION - COMPLEX	92017							
HERAPEUTIC CL	92070							
USUAL FIELD, EXT.	92083							
USUAL FIELD, INT.	92082							
ASIK RK EVALUATION	LSK EV							

ABDULMASSIAH MARIA I
 300 W PARK DRIVE
 ITH203
 MIAMI, FL 33172
 HOME: 305 226-8509 WORK: 305 269-5317

53
 235834 08/18/1948 01/21/02
 1-1111 N 14 JANIS DZELZKALNS MD
 S-SELF PAY. PT HAD AETNA BEFORE. OK
 PER BODY TO CHARGE \$75.00. SHE WILL PAY \$

PAYMENT METHOD
☐ VISA ☐ MC ☐ AMEX ☐ DISCOVER
 BALANCE DUE
 CHECK # 1085

FEI 4-10 MIN 3 14 AM

3052370897

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561 / MIAMI, FLORIDA 33102
305 / 326-6167
EXTENSION 6167

STATEMENT

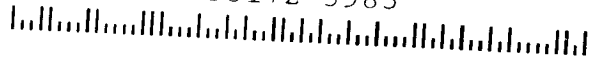
RESPONSIBLE PARTY / GUARANTOR NAME

MARIA I ABDULMASSIH

#203

300 W. PARK DR.

Miami, FL 33172-3983



RETURN THIS STUB BY DETACHING HERE

When referring to this account or making payment, PLEASE use account number and show Patient Name on payment.

PATIENT NAME

MARIA I ABDULMASSIH

BILL DATE

11/30/00

ACCOUNT NO.

71-27-46

AMOUNT PAID

THIS IS A STATEMENT OF SERVICES RENDERED IN THE FOLLOWING

ANNE BATES LEACH EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561
MIAMI, FL 33102

Insurance estimate solely for payor's information. Payor remains responsible for all sums not paid by insurance company and should not rely on estimate.

DATE	DESCRIPTION	INSURANCE ESTIMATE	PATIENT ESTIMATE
	CLINIC (11/10/00 - 11/10/00)		
	Total Charges for the visit: \$		
	Balance Forward		64.97
	Billed Amount	0.00	0.00
			64.97
	Balance for visit # 1630321:		
	No Insurance information available.	0.00	64.97
POSTING DATE	PATIENT NAME	ACCOUNT NO.	PAY THIS AMOUNT
11/30/00	MARIA I ABDULMASSIH	71-27-46	0.00
			64.97

PAY THIS AMOUNT

- Payments received after this date will appear on your next statement.
- We do not GUARANTEE any third party insurance.
- Please keep this statement for income tax purposes.
- Statement balance due when rendered.

• Make check payable to:

ANNE BATES LEACH
EYE HOSPITAL
P.O. BOX 025561
MIAMI, FLORIDA 33102

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Please send your payment today.

If you would like to pay by Credit Card, Please complete below

Card # _____ Exp Date _____ Amount _____

LAW OFFICES
MURRAY B. EPSTEIN, P.A.
TWO DATRAN CENTER
PENTHOUSE I-A
9130 SOUTH DADELAND BOULEVARD
MIAMI, FLORIDA 33156

MURRAY B. EPSTEIN
JAY H. HERNBERG (DEC'D)

TRIAL PRACTICE
PERSONAL INJURY
WRONGFUL DEATH

TELEPHONE (305) 670-5999
BROWARD (954) 925-5999
FAX (305) 670-8373

FORT LAUDERDALE OFFICE
1040 BAYVIEW DRIVE
SUITE 605
FORT LAUDERDALE, FLORIDA 33304
TELEPHONE (954) 563-2677

PLEASE REPLY TO:
MIAMI OFFICE

March 21, 2002

Kmart Corporation
c/o Trumbull Services Company
P.O. Box 426
Windsor, CT 06095

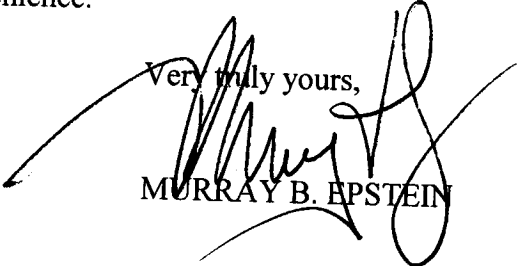
RE: Maria Abdulmassih vs. Kmart
Date of accident: 11/4/00
Our file no.: 00-991

Dear Sir/Madam:

Enclosed herewith please find a Proof of Claim form along with supporting documents relative to the above captioned claim.

Kindly forward me an acknowledgment of this claim in the enclosed self-addressed stamped envelope provided for your convenience.

Very truly yours,


MURRAY B. EPSTEIN

MBE/cad

Enc: As noted