

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE			# REGISTRO MÉDICO	
Primer nombre	Inicial de segundo	Apellido		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
# de Seguridad social	Fecha de nacimiento	Estado civil: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Se casó con <input type="checkbox"/> Viudo / a <input type="checkbox"/> Se divorciaron <input type="checkbox"/> Separados		Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Teléfono de casa	Origen étnico	Raza: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> Asia <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Otros		Idioma preferido
Teléfono del trabajo	Médico referente		Teléfono médico referente	
Teléfono celular	Médico de atención primaria (PCP)		Teléfono del PCP	
Correo electrónico		Farmacia (calle de nombre dirección/teléfono)		
CONTACTO DE EMERGENCIA				
Nombre de contacto de emergencia		Relación		
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
RESPONSABLE (si de paciente, ejemplo: POA, padres del niño)				
Cargo nombre partido		Relación		
Teléfono de casa	Teléfono del trabajo	Teléfono celular		
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Seguridad social #	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		
Si el paciente es un niño, vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre				
<input type="checkbox"/> Otros: ___ nombre de la persona (Con quien vive con hijo): ___				
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO				
Nombre seguro primario	Política/ID #	Nombre seguro secundario	Política / ID #	
IPA	Grupo #	IPA	Grupo #	
Nombre del suscriptor	Fecha de Suscriptor	Nombre del suscriptor	Fecha de suscriptor	

La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Honorarios profesionales son debidos al tiempo se prestan los servicios. Estos incluyen pero no limitado a los copagos, deducibles, yo pago y todos de último minuto en plan pagos. Autorizo a mis beneficios de seguros a ser pagado directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los saldos que no son cubiertos por mi plan de seguro. También autorizo a Advanced Urology Medical Center y la compañía de seguros para liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo. Si es necesario cobrar honorarios por los servicios de una agencia fiscal o colección, entiendo que esto aumentará mi saldo aproximadamente el 30%.

Firm del paciente: _____ Fecha: _____

HISTORIA DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____

Sexo: Hombre / Mujer

Medico de atencion primaria/Medico referente: _____

Motivo de la consulta:

Cual es la razon principal de la visita de hoy? (Describa en detalle)

Historial de la enfermedad actual:

<p>Ubicacion del probelma: Abdomen Espalda Genitales Otro: _____</p>	<p>Cuanto dura el problema? 30 minutos 1 dia Nunca se va Otro: _____</p>
<p>En una escala de 1 a 10, en la que 10 es lo mas grave, marquee con un circulo el numero que mayor describa su problema. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>	<p>Le ocurre algo mas al msimo tiempo? Si No Si contesta Si, explique _____ Nauseas Sarpullido Jaqueca Otro: _____</p>
<p>Cuando noto el problema por primera vez? Hace 2 dias Hace 1 semana Hace 1 mes Otro: _____</p>	<p>El problema es constant o intermitente? Leve, luego intenso Intenso, luego se va Otro: _____</p>
<p>Hal algo que mejore o empeore el problema? Si No Caminar Estar parado Comer</p>	<p>El problema interfiere con su actividad habitual? Si No Si contesta Si, explique: _____</p>
<p>Para uso del medico (comentarios y notas)</p>	

Nombre del paciente: _____	Farmacia (Nombre y número de teléfono)
Fecha de nacimiento: _____	

Mis principales problemas son:

- Sangre en la orina Cancer de vejiga Infeccion de la vejiga Dolor de la vejiga Calculos renales
 Cistitis intestinal Incontinencia de orina Vejiga hiperactiva Vejiga caída
 Otro: _____

- Alergias:** Ninguna Penicilina Sulfa Cipro Yodo/contraste
 Otro: _____

Medicacion (Enumere toda la medicacion actual):

Antecedentes quirurgicos:

- Apendicectomia Espalda/Cadera/Rodilla Levantamiento de vejiga
 Numero de cesareas _____ Vesicula biliar Histerectomia Revascularizacion coronaria
 Cirugia por calculus renales Litotricia Cistoscopia Numero de partos vaginales _____
 Cabestrillo (TVT, malla vaginal sin tension) Otro: _____
 Sin cambios

Historia clinica:

- Diabetes Enfisema Infarto Soplo cardiac
 Hepatitis Hernia Hipertension Parkinson Derrame cerebral
 Ultima menstruacion: _____ Menopausia Embarazo Otro: _____
 Sin cambios Cancer: _____

Antecedentes familiares:

- Cancer de rinon Calculos renales Enfermedad cardiac

Historial social:

- Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo
 Fuma: No Si **Ocupacion:** _____ Jubilado

Mis sintomas son:

- | | | | |
|-------------------------------|--|--|---|
| General/Constitucional | <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Perdida de peso | <input type="checkbox"/> Escalofrios |
| Ojos | <input type="checkbox"/> Vision borrosa | <input type="checkbox"/> Vision doble | <input type="checkbox"/> Cataratas |
| Orejas, nariz, boca, garganta | <input type="checkbox"/> Perdida de audicion | <input type="checkbox"/> Congestion nasal | <input type="checkbox"/> Dolor de garganta |
| Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Dolores de pecho | <input type="checkbox"/> Tobillos hinchados | <input type="checkbox"/> Latido cardiac irregular |
| Respiratorio | <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria | <input type="checkbox"/> Sibilancias | <input type="checkbox"/> Tos cronica |
| Gastrointestinal | <input type="checkbox"/> Dolor abdominal | <input type="checkbox"/> Nauseas/vomito | <input type="checkbox"/> Cambio en los intestinos |
| Genitourinario | <input type="checkbox"/> Incontinencia | <input type="checkbox"/> Dolor al orinar | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina |
| Musculosqueletico | <input type="checkbox"/> Dolor en la espalda | <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello | <input type="checkbox"/> Dolores musculares |
| Integumentario/Piel | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Comezon persistente | <input type="checkbox"/> Antecedentes de cancer de piel |
| Neurologico | <input type="checkbox"/> Entumecimiento | <input type="checkbox"/> Hormigueo | <input type="checkbox"/> Mareos |
| Hemtalologico/Linfatico | <input type="checkbox"/> Glandulas inflamadas | <input type="checkbox"/> Hemorragia abnormal | <input type="checkbox"/> Antecedentes de transfusion |

Mis sintomas urinarios son:

- Frecuencia Urgencia Perdida Distension Dolor abdominal
 Dolor en la vejiga Dolor en el costado D/I No evacuar la vejiga Veces que orina durante la noche _____

*****Formas solo para mujeres*****

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD DE LA HIPAA

(Ley de Responsabilidad y Transferibilidad de Seguros Médicos)

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA, Y CÓMO PUEDE USTED TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. REVÍSELA DETENIDAMENTE.

La presente Notificación sobre prácticas de confidencialidad describe cómo podemos utilizar y divulgar su información médica confidencial (PHI, por sus siglas en inglés) a fin de llevar a cabo tratamientos, pagos o servicios médicos (TPO, por sus siglas en inglés), y para otros fines permitidos o exigidos por la ley. También describe sus derechos a acceder y controlar su información médica confidencial. “Información médica confidencial” se refiere a información sobre usted e incluye la información demográfica a los efectos de identificarlo y que está relacionada con su salud o condición física o mental pasada, presente y futura, y a los servicios sanitarios.

Usos y divulgación de información médica confidencial: Su información médica confidencial puede ser utilizada y divulgada por su médico, nuestro personal de oficina y otras personas externas a nuestra oficina que estén involucradas en su atención y tratamiento, a fin de brindarle servicios sanitarios, abonar sus facturas de atención médica, apoyar la actividad del médico y cualquier otro uso exigido por la ley.

Tratamiento: Utilizaremos y divulgaremos su información médica confidencial a fin de proporcionar, coordinar o administrar su atención médica y cualquier servicio relacionado. Esto incluye la coordinación o la administración de su atención médica con un tercero. Por ejemplo, revelaríamos su información médica confidencial, según sea necesario, a una agencia de servicios de salud en el hogar que le pudiera brindar atención. Por ejemplo, su información médica confidencial puede ser proporcionada a un médico a quien usted haya sido enviado a fin de garantizar que el médico tenga la información necesaria para diagnosticarlo o tratarlo.

Pago: Su información médica confidencial se utilizará, en la medida de lo necesario, para obtener el pago de los servicios sanitarios que recibió. Por ejemplo, es posible que a fin de obtener la autorización necesaria para una hospitalización, la información médica confidencial correspondiente sea revelada al plan de salud para que la admisión al hospital sea aprobada.

Servicios médicos: Es posible que utilicemos o divulguemos su información médica confidencial, según sea necesario, a fin de apoyar las actividades comerciales de la práctica de su médico. Estas actividades incluyen, entre otras, actividades de evaluación de calidad, actividades de evaluación de empleados, capacitación de estudiantes de medicina, concesión de licencias y la realización o la organización de otras actividades comerciales. Por ejemplo, podemos revelar su información médica confidencial a estudiantes de medicina que atiendan a pacientes en nuestro consultorio. Además, podemos utilizar una planilla de registro en la mesa de entrada donde se le pedirá que firme e indique su médico. También podemos llamarlo por su nombre en la sala de espera cuando su médico esté listo para atenderlo. Podemos utilizar o divulgar su información médica confidencial, según sea necesario, a fin de comunicarnos con usted para recordarle su cita

PF-3000 (b) NOTIFICACIÓN DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS SOBRE PRIVACIDAD

Mantenemos un registro de los servicios médicos que le brindamos. Puede solicitar el acceso a dicho registro y obtener una copia. También puede solicitar la corrección de dicho registro. No revelaremos su registro a otras personas a menos que usted nos lo indique o la ley así lo autorice o nos obligue a hacerlo. Para ver su registro u obtener más información sobre él, comuníquese con el Administrador de Prácticas de su oficina.

Nuestra Notificación sobre prácticas de confidencialidad describe más detalladamente cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder a ella.

Al firmar a continuación, acuso recibo de la Notificación sobre prácticas de confidencialidad.

Nombre del paciente en imprenta

Fecha

Firma del paciente o persona legalmente autorizada

Relacion con el paciente

AUTORIZACION PARA PERSONAS A QUIEN SE PUEDE REVELAR INFORMACION:

Nombre en imprenta de la persona/organización

Relacion con el paciente

Nombre en imprenta de la persona/organización

Relacion con el paciente

Nombre en imprenta de la persona/organización

Relacion con el paciente

FORMA PARA FIRMA

RESPONSABILIDAD ECONÓMICA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del paciente: _____

Nº de NRM: _____ Fecha: _____

Comprendo que soy responsable, en términos económicos, frente a **Advanced Urology Medical Center** por los gastos que no estén cubiertos por mi aseguradora. Los servicios se deben abonar en el momento en que se brindan, salvo que se haya convenido otra cosa con anterioridad. Asimismo, acepto que, en caso de que no asuma que la responsabilidad económica y la acción crediticia son necesarias, pagaré los costos adicionales a la cantidad correspondientes a los cargos del médico. Autorizo a **Advanced Urology Medical Center** a revelar a la Administración del Seguro Social o a sus intermediarios o aseguradoras, o a otra aseguradora, toda información médica o de otro tipo que sea necesaria para este u otro reclamo de seguros relacionado. Se puede utilizar una copia de esta autorización en lugar del original.

Fecha

Firma del paciente o tutor

SOLICITUD DE APLAZAMIENTO DE PAGO (autorización por única vez) (Pacientes de Medicare y Medicaid EXCLUSIVAMENTE)

Solicito que se realice el pago de las prestaciones autorizadas de Medicare u otras prestaciones de seguros en mi nombre a **Advanced Urology Medical Center** por todos los servicios prestados por dicho proveedor. Esta firma única se mantendrá en el archivo como verificación de todos los servicios posteriores que le sean proporcionados a usted por este proveedor. Autorizo a cualquier persona que posea información médica sobre mí a revelar a la Administración Financiera de Cuidado Médico y a sus agentes u otras aseguradoras toda la información que sea necesaria a fin de determinar estas prestaciones o las prestaciones para servicios relacionados.

Fecha

Firma del paciente o tutor

POLIZA DE NO PRESENTARSE A SU CITA

ATENCION: 01 de Octubre 2012

Habr  un cargo de \$25 para citas perdidas, para una cita perdida, si la oficina no es notificada con 24 horas de antelación a la cita programada.

Habr  un cargo de \$50 por un procedimiento PERDIDAS (por ejemplo Cystoscopia, Vasectomía , Biopsia, Urodinámica) si la oficina no es notificado con 24 horas de antelación del procedimiento programado .

*** TODOS LOS PACIENTES será considerado una cita perdida si no notifica a la oficina 24 horas antes de la cita.

El pago de la no presentación cargo debe ser pagado en efectivo, cheque o tarjeta de crédito .

He leído y entiendo la anterior poliza de no presentarse a su cita.

Firma

Fecha