

GEORGIA UROLOGY, P.A.

Es nuestro deseo que su primera visita a nuestra consulta sea fluida y eficaz. Para ello, le pedimos que participe activamente en su atención y hemos esbozado algunas peticiones importantes.

- Ya no utilizamos historiales en papel; toda la información de su historial médico se introduce electrónicamente. Por lo tanto, le pedimos que

- ❖ **CUMPLE** los formularios NextMD que le enviamos por **CORREO ELECTRONICO** y siga las instrucciones para transmitirnoslos

- O BIEN

- ❖ Devuelva su documentación **CUMPLIDA** al menos 2 ó 3 días antes de su cita.

Esto nos permite crear y revisar electrónicamente su historial médico antes de su llegada.

- Si le han remitido a nuestra consulta por un PSA elevado, traiga los resultados de la PRUEBA DE PSA a su cita. Esta información es crucial para su cuidado.

- Por favor traiga PELÍCULAS DE RAYOS X, DISCOS DE IMAGEN EN CD, Y CUALQUIER INFORMES sobre cualquier prueba radiológica que le hayan realizado. No queremos duplicar las mismas pruebas ni retrasar su atención.

- Nuestros médicos están especializados en urología, que se ocupa de cuestiones relacionadas con la vejiga urinaria, los riñones, la próstata y otros problemas urinarios. El primer paso en la detección de un problema urinario es el análisis de una muestra de orina. **POR FAVOR, ESTÉ PREPARADO PARA DEJAR UNA MUESTRA EN CADA CITA.**

Gracias por su colaboración.
usted.

Esperamos reunirnos con

Georgia Urology, P.A.
FORMULARIO DE REGISTRO DEL
PACIENTE

Fecha: _____

Nombre completo del paciente : _____
Apellido**Nombre****Segundo**

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Sexo: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código postal
Teléfono particular: (____)-____-____ Teléfono de trabajo: (____)-____-____ Móvil: (____)-____-____

Estado Civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Persona Responsable de la Factura: _____ Relación con el paciente: _____

Dirección (si es diferente de la anterior): _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Médico **de cabecera**: _____ Teléfono: (____)-____-____

Médico de referencia: _____ Teléfono: (____)-____-____

Farmacia: _____ Teléfono: (____)-____-____

Empleador del Paciente: _____

Dirección del empleador: _____

Contacto en caso de emergencia: _____ Teléfono: (____)-____-____

Dirección _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Compañía de **seguros principal**: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Copago del especialista: 

Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____/_____/____

Relación con el paciente: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono: (____)-____-____

Dirección del empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Compañía de **seguros secundaria**: _____

Número de identificación: _____ Número de grupo: _____ Copago del especialista: 

Nombre del abonado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

_____/_____/____

Relación con el paciente: _____

Empleador del suscriptor: _____ Teléfono: (____)-____-____

Dirección del empleador: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

Se REQUIERE el pago en el momento del servicio y es responsabilidad del paciente. **NO SE PRESTARÁN** servicios a pacientes sin referencias válidas.

Autorizo a Georgia Urology a realizar evaluaciones médicas de rutina y procedimientos de diagnóstico para ayudar en el diagnóstico y tratamiento de mi problema de salud. También autorizo a Georgia Urology a divulgar la información médica pertinente a mi médico de atención primaria. Georgia Urology acatará todas las normas de la HIPAA relativas a la privacidad y confidencialidad.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

GEORGIA UROLOGY, P.A. - RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE: Todos los cargos o copagos, si corresponde, son pagaderos al momento de recibir los servicios. El paciente es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro, a menos que los servicios sean para compensación laboral debidamente autorizada o para servicios cubiertos bajo un acuerdo contractual entre esta Práctica Médica y su compañía de seguros. Entiendo que necesito proporcionar, cuando sea necesario, referencias de mi Médico de Atención Primaria. Además, comprendo que debo notificar a Georgia Urology, P.A. la realización de pruebas u otros tratamientos que puedan no estar cubiertos por mi póliza de seguro. Comprendo que soy responsable de los honorarios que no cubra mi compañía de seguros. Si se indica hospitalización, el paciente es responsable de asegurarse de que Georgia Urology, P.A. esté informada de los requisitos de precertificación necesarios.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Por la presente cedo a Georgia Urology, P.A. el pago de los beneficios médicos que pudieran corresponderme, por cualquier prestación que se me adeude por atención médica o quirúrgica, en razón de dicho tratamiento que se me preste a mí o al paciente/asegurado.

AVISO DE CUMPLIMIENTO DE HIPAA: Por la presente reconozco que he leído el GEORGIA UROLOGY, P.A. - AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD que describe cómo se puede utilizar y divulgar la información sobre mí y cómo puedo obtener acceso a esta información. Además, reconozco que entiendo estas políticas y que he recibido una copia personal de esta información para mis archivos. Las copias están disponibles en cualquiera de nuestras oficinas. GEORGIA UROLOGY, P.A. cumplirá con todas las regulaciones de HIPAA con respecto a la privacidad y confidencialidad como se indica en nuestro AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y DIAGNÓSTICO:

Entiendo que la política de GEORGIA

UROLOGÍA tiene como política notificar a los pacientes cualquier resultado anormal de laboratorio o de pruebas diagnósticas. Le notificaremos lo antes posible. He indicado a continuación qué resultados pueden ser divulgados y a quién puede ser divulgada esa información. (Puede elegir más de una opción).

_____ Entregarme los resultados personalmente. Mi número de teléfono diurno es (____)-____-_____. (Si no está disponible para hablar con nosotros, le dejaremos un mensaje para que llame a nuestra oficina).

_____ Si mis resultados son benignos (o están dentro de los límites normales), puede dejar mis resultados en mi contestador automático en (marque todo lo que corresponda):

_____ Casa (número de teléfono) (____)-____-_____

_____ Trabajo (número de teléfono) (____)-____-_____

_____ Móvil (número de teléfono) (____)-____-_____

_____ Si no pueden localizarme personalmente, autorizo a Georgia Urology, P.A. a comunicar mis resultados a otra persona en concreto:

Nombre: _____

Relación: _____

Número de teléfono diurno: (____)-____-_____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN: Autorizo a Georgia Urology, P.A. a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago, transmitir y procesar las reclamaciones electrónicamente o a través de cualquier otro medio razonable y habitual, incluyendo, pero no limitado a Medicare.

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO: Consiento voluntariamente a mi tratamiento en esta oficina y autorizo tales tratamientos, exámenes, medicaciones, anestesia, operaciones quirúrgicas y procedimientos de diagnóstico (incluyendo, pero no limitado al uso de estudios de laboratorio y radiográficos) según lo ordenado por mi médico tratante. He leído este consentimiento, soy consciente de su contenido y lo comprendo plenamente. Reconozco que no se me ha dado ninguna seguridad o promesa con respecto a los resultados, que puedan obtenerse por dichos tratamientos y procedimientos por el presente, afirmado por la firma del abajo firmante.

HE LEÍDO Y COMPRENDO LAS POLÍTICAS DEL CONSULTORIO EXPUESTAS ANTERIORMENTE Y ACEPTO VOLUNTARIAMENTE LA RESPONSABILIDAD DESCRITA.

_____	_____	____/____/____
Nombre del paciente (IMPRIMIR)	Firma del paciente	Fecha

GEORGIA UROLOGY, P.A.
HISTORIAL DE ADMISIÓN

Nombre y apellidos _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha actual _____

¿Cuál es el name del médico que le remitió a Georgia Urology? _____

Para su comodidad, Georgia Urology P.A. puede enviar las recetas electrónicamente a las farmacias participantes. ¿CUÁL ES EL NAME, LA DIRECCIÓN Y EL NÚMERO DE TELÉFONO DE SU FARMACIA?

NOMBRE _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

DIRECCIÓN _____

¿Toma anticoagulantes con receta?

☐ SÍ ☐ no

¿Toma aspirinas o antiinflamatorios a diario?

☐ SÍ ☐ no

¿Tiene algún problema en las válvulas del corazón?

☐ SÍ ☐ no

¿Se ha sometido a una sustitución de válvula articular o cardíaca?

☐ SÍ ☐ no

¿Le ha dicho un médico o dentista que tome antibióticos
antes de someterse a una limpieza dental o a un tratamiento
odontológico?

☐ SÍ ☐ no

¿Es alérgico al látex?

☐ SÍ ☐ no

¿Es alérgico al contraste intravenoso (tinte)?

☐ SÍ ☐ no

¿Cuál es el motivo de su visita de hoy? _____

INDIQUE SUS ALERGIAS A MEDICAMENTOS

REACCIÓN

☐ NINGUNA ALERGIA QUE YO SEPA

Otras alergias _____

POR FAVOR, ENUMERE SUS MEDICAMENTOS, CON RECETA, SIN RECETA Y A BASE DE HIERBAS

Para cada medicamento, díganos la dosis y la frecuencia con la que lo toma

☐ NO TOMO
MEDICAMENTOS

POR FAVOR, DÍGANOS SU HISTORIAL MÉDICO

☐ NINGÚN HISTORIAL MÉDICO SIGNIFICATIVO

GEORGIA UROLOGY, P.A.
HISTORIAL DE ADMISIÓN

name _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha actual _____

POR FAVOR DÍGANOS SOBRE SU HISTORIAL QUIRÚRGICO

☐ SIN ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Cirugía

Fecha

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

MUJERES POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE

Número de e m b a r a z o s _____

Número de c e s á r e a s _____

Número de partos vaginales _____

¿Está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No

Fecha de la última menstruación _____

CADA UNO POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE

HISTORIA FAMILIAR

Por favor, marque todo lo que aplique SÓLO SOBRE FAMILIARES DE SANGRE

- | | |
|---|---|
| ☐ Enfermedad de la sangre | ☐ Hiperlipidemia |
| ☐ HBP (agrandamiento de la próstata) | ☐ Hipertensión (tensión arterial alta) |
| ☐ Tipo de cáncer 1. _____ 2. _____ | ☐ Enfermedad inflamatoria |
| intestinal Relación 1. _____ 2. _____ | ☐ Migrañas |
| ☐ Accidente cerebrovascular | ☐ Insuficiencia renal |
| ☐ Enfermedad coronaria | ☐ Trastorno convulsivo |
| ☐ Diabetes | ☐ Trastorno tiroideo |
| ☐ Eczema | ☐ Infecciones urinarias |
| ☐ Gota | ☐ Urolitiasis (cálculos en las vías urinarias) |
| ☐ Deficiencia auditiva | |

Otros: _____

HISTORIA SOCIAL

Estado civil actual ☐ S ☐ M ☐ W ☐ D

Ocupación _____

Tabaco

☐ Sí ☐ No ☐ Anterior

Alcohol

☐ Sí ☐ No

- ☐ Cigarrillos ☐ Pipa
- ☐ Cigarro ☐ Sin humo
- Socialmente ☐ Rara vez
- ☐ Masticar

- ☐ Cerveza ☐ Vino ☐ Licor
- ☐ Diariamente ☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐

Cantidad _____

Última bebida _____

Paquetes/día _____

¿Cuántos años? _____

Cafeína ☐ Sí ☐ No

Cafeína al día _____

¿Intentó dejarlo? ☐ Sí ☐ No

☐ Chocolate

☐ Pastillas

Año en que lo dejó _____

☐ Café

¿Exposición pasiva al humo? ☐ Sí ☐ No

☐ Té

**GEORGIA UROLOGY, P.A.
REVISIÓN DE SISTEMAS**

NOMBRE _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____

HOY _____ **FECHA** _____

MARQUE TODO LO QUE APLIQUE
GASTROINTESTINAL

NINGUNA CONSTITUCIONAL
METABÓLICO/ENDOCRINO

- | | |
|--|---|
| ☐ Cambio de actividad | ☐ Dolor abdominal |
| ☐ Disminución del apetito | ☐ Cambio en los hábitos intestinales |
| ☐ Fatiga | ☐ Sangre en las heces |
| ☐ Fiebre | ☐ Indigestión/acidez estomacal |
| ☐ Insomnio | ☐ Ictericia |
| ☐ Irritabilidad | ☐ Náuseas |
| ☐ Malestar | ☐ Reflujo |

- ☐ Intolerancia al frío/al calor
- ☐ Transpiración excesiva
- ☐ Bocio
- ☐ Infertilidad
- ☐ Nivel bajo de azúcar en sangre (hipoglucemia)
- ☐ Sed excesiva (polidipsia)
- ☐ Hambre excesiva (polifagia)
- ☐ Micción excesiva (poliuria)

HEENT

- ☐ Dolores de cabeza
- ☐ Pérdida de visión
- ☐ Pérdida de audición
- ☐ Acúfenos
- ☐ Infecciones de oído
- ☐ Vértigo
- ☐ Hemorragias nasales (epistaxis)
- ☐ Infecciones sinusales
- ☐ Dificultad para tragar
- ☐ Dolor de garganta

URINARIO (GENITOURINARIO)

- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Cambio en el color de la orina
- ☐ Orina turbia
- ☐ Disminución del chorro
- ☐ Dolor al orinar (disuria)
- ☐ Dolor de costado
- ☐ Frecuencia
- ☐ Masa inguinal
- ☐ Sangre en la orina (hematuria)
- ☐ Vacilación
- ☐ Incontinencia
- ☐ Baja producción de orina
- ☐ Levantarse por la noche para orinar (nicturia)
- ☐ Eliminación de cálculos
- ☐ Micción excesiva (poliuria)
- ☐ Urgencia

NEUROLÓGICO/PSIQUIÁTRICO

- ☐ Alteración de la capacidad de hablar (afasia)
- ☐ Debilidad focal
- ☐ Alteración de la marcha
- ☐ Pérdida de coordinación
- ☐ Mareo/vértigo
- ☐ Pérdida de conciencia/desmayo
- ☐ Pérdida de memoria
- ☐ Entumecimiento/hormigueo (parestias)
- ☐ Convulsiones
- ☐ Temblores
- ☐ Alteraciones emocionales

PIEL (DERMATOLÓGICAS)

- ☐ Dolor al respirar
- ☐ Tos
- ☐ Respiratorio superior frecuente (fotosensibilidad) infecciones
- ☐ Espudo sanguinolento (hemoptisis)
- ☐ Exposición conocida a la tuberculosis
- ☐ Ronquidos
- ☐ Sibilancias

REPRODUCTOR MASCULINO

- ☐ No aplicable
- ☐ Secreción peneana
- ☐ Sangre en la eyaculación (hematospermia)
- ☐ Dolor escrotal/testicular
- ☐ Masa escrotal/testicular
- ☐ Antecedentes de hidrocele.
- ☐ Herpes genital
- ☐ Infertilidad

RESPIRATORIAS DE LA

- ☐ Alergias de contacto
- ☐ Picor (prurito)
- ☐ Erupción cutánea
- ☐ Sensibilidad a la luz
- ☐ Lesión cutánea/zona(s) abierta(s)

CARDIOVASCULAR

- ☐ Dolor torácico (cardíaco)
- ☐ Falta de aliento(disnea)
- ☐ Hinchazón de la parte inferior de la pierna (edema)

REPRODUCTIVO FEMENINO

- ☐ Sangrado fácil
- ☐ Premenopáusica
- ☐ Perimenopáusica
- ☐ Menopáusicas
- ☐ Fecha de la última menstruación

MUSCULOESQUELÉTICO

- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Dolor o hinchazón de huesos/articulaciones
- ☐ Dolor muscular (mialgias)
- ☐ Problemas reumatológicos
- ☐ Debilidad

SANGRE(HEMATOLÓGICA)

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ respirar por la noche (disnea nocturna)

- ☐ Palpitaciones
- ☐ Desmayos (síncope)

VASCULAR

- ☐ Calambres en las piernas (claudicación)
- ☐ Hinchazón (edema)
- ☐ Dolor
- ☐ Úlceras en la pierna
- ☐ Venas varicosas
- ☐ Coágulos de sangre (tromboflebitis)
- ☐ Sustitución hormonal
- ☐ Fibromas uterinos
- ☐ Antecedentes de PAP anormal
- ☐ Quiste(s) ovárico(s)
- ☐ Flujo vaginal inusual

FORMACIÓN DE

- ☐ Problemas de erección
- ☐ Dificultad para
- ☐ No aplicable
- ☐ Coágulo(s) de sangre (tromboembolias)
- ☐ Recuento(s) sanguíneo(s) bajo(s) (citopenias)
- ☐ Glándulas inflamadas(linfadenopatía)

SISTEMA INMUNITARIO

- ☐ Asma
- ☐ Dermatitis de contacto
- ☐ Alergias alimentarias
- ☐ Alergias a las picaduras de "abejas"
- ☐ Alergias ambientales