



George Yamauchi, MD | Nickolas Tomasic, MD | Sameer Malhotra, MD | Faisal Ahmed, MD | Carrie Stewart, MD

Bienvenido a Advanced Urology!

Cuando ya tenga una cita con nosotros, le enviaremos un paquete de paciente inicial por correo o' correo electronico. Usted tambien puede descargar los formularios en nuestro sitio web.

Utilizamos registro medico electronico, y podemos registrarlo a su propio portal del paciente cuando usted llegue. Por favor llegue 15 minutos antes de su cita para terminar su papeleo y registrarlo en nuestro sistema.

Para darle la mejor atencion y tratamiento, por favor traiga lo siguiente a su primer visita:

- ~ Su paquete de paciente inicial completo
- ~ Su licencia de manejar o' otra forma de identification
 - ~ Todas sus tarjetas de seguro medico
 - ~ Informacion completa de su farmacia
- ~ Pruebas de laboratoio incluyendo exámenes do orina previo, cultivos, pruebas de sangre PSA
- ~ Cualquier informe de imagen, especialmente los CD's de CT Scans y MRI's
- ~ Lista de Medicamentos actual con informacion de dosis

Nosotros esperamos concocerlo para darle la mejor asistencia medica

Westchester

8540 S. Sepulveda Blvd Suite 911
Los Angeles, CA 90045

Redondo Beach

510 N. Prospect Suite 115
Redondo Beach, CA 90277

Culver City

9808 Venice Blvd Suite 602
Culver City, CA 90230

Website: WWW.AdvancedUrology.Net | Phone number: 310.670.9119



Informacion del Paciente

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Direccion _____ Ciudad _____

Estado _____ Codigo Postal _____ Sexo: Masculino Femenino

Numero de Seguro Social _____ Fecha de Nacimiento _____

>>>>Marque con un círculo el número de abajo done podemos dejar un mensaje médico confidencial<<<<<

Numero principal _____ Celular _____ Correo Electronico _____

Estado Civil Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a

Nombre de Esposo/a _____

Empleador _____ Ocupacion _____

Doctor Primario _____ Numero de telefono de Doctor Primario _____

>>>>>> Referido por _____ Numero de telefono _____ <<<<<<<

Informacion de Aseguransa (Marque uno)

PPO HMO SIN ASEGURANZA MEDICARE/MEDICAL

ASEGURANZA PRIMARIA _____

Nombre de titular de Aseguransa _____

Numero de ID _____

Fecha de nacimiento de titular _____

Por favor confirme y firme abajo

Firma _____

Fecha _____

Si no es el paciente escriba su nombre : _____ Relacion al paciente _____

Westchester
8540 S. Sepulveda Blvd Suite 911
Los Angeles, CA 90045

Redondo Beach
510 N. Prospect Suite 115
Redondo Beach, CA 90277

Culver City
9808 Venice Blvd Suite 602
Culver City, CA 90230

Historial Medico

Razon por su visita: _____

Medicamento Actual: Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo vitaminas, suplementos herbales y medicamentos de venta libre.

Medicacion	Dosis	Medicacion	Dosis

Allergias:

Farmacia preferida:	Domicilio:
Telefono:	

Historia quirurgica Pasada:

Tipo de cirugía:	Fecha:

Hospitalizaciones recientes:

Fecha:	Razon	Hospital

Historial médico personal (marque todo lo que le corresponda)

- Anemia
 Asthma, Emphysema
 Vejiga, Infecciones renales
 Desorden sangrante
 Coagulos de Sangre
 Sangre en orina/heces
 Cancer
 Diabetes
 Problema erectil
 Gastrointestinal
 Enfermedad del corazon
 Hepatitis
 Presion alta
 Incontinencia
 Calculos renales
 Embarazo
 Cander de prostata
 Ataque al corazon
 Problemas urinarios

Otros problemas: _____

Vacunas

Gripe Si No Neumococo Si No

Signos Vitales

Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ Temp: _____ PVR: _____



Historial del consumo de tabaco:

___ Actual fumador ___ Ex fumador ___ Nunca fumo

Historial de consumo de alcohol:

___ A Diario ___ Occasional ___ Ex bebedor ___ Nunca

Colonoscopia Si ___ No ___ Si contesto si, indique fecha: _____

Historial medico familiar:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Con vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa de muerte	_____	_____	_____	_____
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del riñon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad de higado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer de Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer del Colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer en Ovarios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad del corazon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	_____	_____	_____	_____

Revisión de síntomas

Constitucional	Si	No	Respiratorio	Si	No	Entomologia medica	Si	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perdida de Audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	Si	No	Gastrointestinal	Si	No	Musculoskeletal	Si	No
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Huesos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematologica	Si	No	Neurologica	Si	No	Immunologico	Si	No
Moretones con facilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminucion de sensacion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergia al Latex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitourinaria	Si	No	Dolor	Si	No			
Fuga Urinaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esta experimentando dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

¿Está experimentando otros síntomas hoy? _____

AUMO Reconocimiento de recibo de practicas de privacidad

Estamos obligados a proporcionarle una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad que proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida (PHI) sobre usted. El aviso detalla sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar este Reconocimiento. Los términos de nuestro Aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada comunicándose con nuestra oficina o desde nuestro sitio web.

Marque la primera casilla a continuación y firme este formulario para acusar recibo de la Notificación. Puede negarse a firmar este reconocimiento, si lo desea.

- Reconozco que he recibido una copia de Advanced Urology Medical Offices aviso de prácticas de privacidad.
- Hemos hecho todo lo posible para obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro aviso de prácticas de privacidad del paciente, pero no se pudo obtener porque: _____

No podemos discutir su PHI con nadie más que usted a menos que usted nos autorice a hacerlo, excepto en los casos necesarios que permitan la divulgación como se explica en nuestro Aviso de prácticas de privacidad. **Indique a continuación los nombres de las personas (familiares, amigos, etc.)** con quienes podemos hablar sobre su atención. Su PHI puede divulgarse a las personas enumeradas a continuación hasta que nos notifique lo contrario por escrito.

	Nombre	Relacion con el Paciente	Numero Telefonico
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Name del Paciente (letra de molde)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

Firma del representante del paciente _____ Fecha _____
(Se requiere si el paciente es un menor o un adulto que no puede firmar este formulario)

Relación del representante del paciente

Nombre (letra de molde)