

PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES

REGISTRACION DE PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
Apellidos Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle Estado Código de Área

Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Sexo: M \_\_\_ F \_\_\_ Estado Civil: S \_\_\_ C \_\_\_ D \_\_\_ V \_\_\_ Raza: \_\_\_ Asiático \_\_\_ Nativo Hawaiana \_\_\_ Pacifico Aislado \_\_\_  
Africano \_\_\_ Americano \_\_\_ Hispano \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Numero telefónico de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_

Doctor de Referencia: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono: \_\_\_\_\_

Información de Seguro Medico

Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Numero de Póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Yo entiendo y estoy de acuerdo que, independientemente de mi estatus de Seguro, soy responsable en última instancia del balance de mi cuenta por cualquier servicio profesional brindado. Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos inmediatamente después de la terminación de todos los servicios, a menos que se hagan previamente otros arreglos.

Firma del Paciente/responsable: \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

## PRINCE WILLIAM UROLOGY

8525 Rolling Road, Suite 220  
Manassas, VA 20110  
Tel: 703-393-0700  
Facsimile: 703-393-0661

### Patient Responsibility

I understand and agree that I am financially responsible for all charges for any and all services rendered. This includes any medical service or visit, routine examination, refraction, testing, contact lens services and any other screening ordered by the doctor or staff.

I understand that while my insurance may confirm my benefits, confirmation of benefits is not a guarantee of payment and that I am responsible for any unpaid balance.

I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance has any deductible, copayment, co-insurance, out-of-network, usual and customary limit, prior authorization requirements or any other type of benefit limitation for the services I receive and I agree to make payment in full. I understand and agree that it is my responsibility to know if my insurance requires a referral from my primary care physician and that it is up to me to obtain the referral.

I understand that without this referral, my insurance will not pay for any services and that I will be financially responsible for all services rendered.

I agree to inform the office of any changes in my insurance coverage. If my insurance has changed or is terminated at the time of service, I agree that I am financially responsible for the balance in full.

If I am a Medicare patient, I understand that I need to provide the office both my Medicare ID card and my secondary ID card. If the office does not have the proper information for a secondary insurance, the secondary will not be billed. It will be my responsibility to pay the balance and then file a claim with the secondary for reimbursement.

By signing this form, I consent to the use and disclosure of protected health information about me for treatment, payment and health care operations, and/or as required by law. I have the right to revoke this Consent, in writing, signed by me. However, such revocation shall not affect any disclosures already made in compliance with my prior Consent. LLCEA/PS provides this form to comply with the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA).

\_\_\_\_\_  
Printed Patient Name (and Guardian Name if applicable)

\_\_\_\_\_  
Patient or Guardian Signature

Patient Date of Birth \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Our office does not make the rules. They are determined by your specific medical insurance or vision plan.

# HIPAA Compliance Patient Consent Form

Our Notice of Privacy Practices provides information about how we may use or disclose protected health information.

The notice contains a patient's rights section describing your rights under the law. You ascertain that by your signature that you have reviewed our notice before signing this consent.

The terms of the notice may change, if so, you will be notified at your next visit to update your signature/date.

You have the right to restrict how your protected health information is used and disclosed for treatment, payment or healthcare operations. We are not required to agree with this restriction, but if we do, we shall honor this agreement. The HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996) law allows for the use of the information for treatment, payment, or healthcare operations.

By signing this form, you consent to our use and disclosure of your protected healthcare information and potentially anonymous usage in a publication. You have the right to revoke this consent in writing, signed by you. However, such a revocation will not be retroactive.

By signing this form, I understand that:

- Protected health information may be disclosed or used for treatment, payment, or healthcare operations.
- The practice reserves the right to change the privacy policy as allowed by law.
- The practice has the right to restrict the use of the information but the practice does not have to agree to those restrictions.
- The patient has the right to revoke this consent in writing at any time and all full disclosures will then cease.
- The practice may condition receipt of treatment upon execution of this consent.

May we phone, email, or send a text to you to confirm appointments? YES NO

May we leave a message on your answering machine at home or on your cell phone? YES NO

May we discuss your medical condition with any member of your family? YES NO

If YES, please name the members allowed:

---

---

This consent was signed by: \_\_\_\_\_  
(PRINT NAME PLEASE)

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**PRINCE WILLIAM UROLOGY**  
**Andrew K. Chung, MD**  
**Anshu Guleria MD, FACS**  
**Ali Sajadi, MD**  
**Katie Riley, PA-C**

**CONSENTIMIENTO ESPECIMEN DE LABORATORIO**

Prince William Urology recomienda varias pruebas de laboratorio que requerirán su envío a laboratorios externos. A continuación, se enumeran algunas de las pruebas de laboratorio que deben realizarse con el propósito de determinar los planes de tratamiento adecuados

- Biopsia de Próstata
  - Biopsia de Vejiga
  - Muestra de vasectomía
  - Cultivo de orina
  - Hibridación in situ fluorescente (FISH) de orina
  - Citología de orina
  - Cultivo de ADN en orina
  - Análisis de cálculos renales/ vesicales
  - Pruebas de laboratorio (PSA, testosterona, química 7, CBC, nivel de vitamina D, AFP, HCG, LH, FSH)
- Reconozco que Prince William Urology no puede determinar los costos de bolsillo asociados con estos laboratorios.
  - Reconozco que mi seguro podría hacerme responsable de los deductibles, coaseguros y / o copagos asociados a estos laboratorios dentro o fuera de la red.

No dude en contactar a nuestro gerente de oficina con cualquier pregunta o inquietud sobre facturación.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

# PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley, PA-C

## Paciente Nuevo Historial Urológico - Hombre

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (I) (Fecha)

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_

Dr. de Referencia: \_\_\_\_\_ Dr. Primario: \_\_\_\_\_

¿Cuál es la *razón primaria* de su visita hoy? Describir en las líneas provistas:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Cuándo noto el problema? \_\_\_\_\_

¿Localidad del problema? (Si aplica) \_\_\_\_\_

En la escala del 1-10, 10 siendo el más severo, circule el número que describa su problema.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 N/A

¿Cuánto dura el problema? \_\_\_\_\_ Es el problema:  Constante  Variable  Raramente

¿Hay algo que cause que el problema empeore? \_\_\_\_\_ Si, ¿no? que lo hace empeorar? \_\_\_\_\_

¿Hay algo que mejore el problema? \_\_\_\_\_ Si, ¿no? que lo hace mejorar? \_\_\_\_\_

¿El problema interfiere con sus actividades normales?  Si  No

¿Qué exámenes se ha hecho para evaluar este problema?

No he tenido ningún examen para evaluar este problema

X-ray  Ultrasonido  Examen Urodinámico

CT scan  Escaneo Nuclear de hueso  Otro: \_\_\_\_\_

MRI  Escaneo Nuclear renal  No estoy segura

IVP  Espécimen de Orina

Examen de Sangre  Cistoscopia

¿Dónde le hicieron estos exámenes? \_\_\_\_\_

# PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley, PA-C

---

¿Gotea Orina?  Si  No

¿Es su perdida (Goteo) de orina asociada con la necesidad de orinar?  Si  No

¿Su Perdida (Goteo) de orina está asociada con toser, reír, saltar, ¿estornudar o hacer ejercicio?  Si  No

¿Usa toallas protectoras?  Si  No Cuantos usa? \_\_\_\_\_

¿Tiene problema con Libido/deseo sexual?  Si  No

¿Tiene algún problema para lograr o mantener una erección??  Si  No

¿Has probado algún medicamento para la disfunción eréctil?  Si  No

Por favor indique que medicamento(s):

Viagra  Cialis  Levitra  Staxyn  MUSE  Terapia de Inyecciones  Otro: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría hablar hoy sobre la función eréctil con su médico? \_\_\_\_\_ (Nota: una cita adicional será requerida si este no es su problema primordial)

¿Hay algún otro problema urológico que le gustaría discutir con el Dr. \_\_\_\_\_ Hoy?  Si  No

(Por favor explique:) \_\_\_\_\_

**Alergias:** Es usted alérgico a:

Látex

Yodo/Betadine

Penicilina

Colorante/ IV Contraste

Cinta/Adhesivos

Sulfa

Mariscos/Camarón

Anestésicos

Cipro/Levaquin

No tengo ninguna alergia a medicinas

Alergias de medicinas: (listar todas las alergias)

---

**Medicamentos:**

¿Toma algún medicamento?  Si  No

Está tomando alguno de estos anticoagulantes  Aspirina  81 mg o  325 mg

Motrin  Aleve  Ibuprofeno  Celebrex  Mobic  Otro: \_\_\_\_\_

Coumadin  Warfarin  Plavix  Pradaxa  Xarelto  Eliquis  Heparin  Lovenox

# PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley, PA-C

Por favor liste todas las medicinas que toma con la dosis y frecuencia:

<u>Medicina</u>	<u>Doce</u>	<u>Que tan seguido</u>

Por favor Liste todas las vitaminas y suplementos como Vitamina E, Aceite de pescado, herbales, ajo, etc.


### Problemas Médicos del Pasado & Presente

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Cardíaco irregular<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria<br><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca<br><input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea<br><input type="checkbox"/> Colesterol alto<br><input type="checkbox"/> Ataque al corazón<br><input type="checkbox"/> Vascular Periférico<br><input type="checkbox"/> Enfermedad valvular del corazón<br><input type="checkbox"/> Estenosis de la arteria<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Bronquitis<br><input type="checkbox"/> EPOC<br><input type="checkbox"/> Fibrosis quística<br><input type="checkbox"/> Neumonía<br><input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Diverticulosis<br><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal<br><input type="checkbox"/> Endometriosis<br><input type="checkbox"/> Enfermedad Poliquístico en los riñones<br><input type="checkbox"/> Cálculos renales<br><input type="checkbox"/> Reflujo vesicoureteral<br><input type="checkbox"/> Infecciones renales<br><input type="checkbox"/> Obstrucción renal<br><input type="checkbox"/> Próstata agrandada/ BPH<br><input type="checkbox"/> Infección de próstata<br><input type="checkbox"/> STD's<br><input type="checkbox"/> Fibromialgia<br><input type="checkbox"/> Gota<br><input type="checkbox"/> Osteoporosis<br><input type="checkbox"/> Artritis reumatoide<br><input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple<br><input type="checkbox"/> Miastenia gravis<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson<br><input type="checkbox"/> Convulsiones<br><input type="checkbox"/> TIA<br><input type="checkbox"/> Anemia<br><input type="checkbox"/> Anemia falciforme<br><input type="checkbox"/> Coágulos de sangre<br><input type="checkbox"/> SIDA/ HIV<br><input type="checkbox"/> Glaucoma<br><input type="checkbox"/> Dependencia de drogas<br><input type="checkbox"/> Depresión<br><input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga<br><input type="checkbox"/> Cáncer de mama<br><input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Colon<br><input type="checkbox"/> Cáncer de riñón |
|--|---|--|

# PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley, PA-C

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sarcoidosis<br><input type="checkbox"/> Apnea del sueño<br><input type="checkbox"/> Tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Cirrosis<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn<br><input type="checkbox"/> Acidez/ ERGE<br><input type="checkbox"/> Hepatitis B<br><input type="checkbox"/> Hepatitis C<br><input type="checkbox"/> Intestino irritable<br><input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica<br><input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales<br><input type="checkbox"/> Lupus<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison<br><input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Hipertiroidismo<br><input type="checkbox"/> Hipotiroidismo<br><input type="checkbox"/> Alzheimer<br><input type="checkbox"/> Bipolar<br><input type="checkbox"/> Derrame cerebral<br><input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Pene<br><input type="checkbox"/> Cáncer de próstata<br><input type="checkbox"/> Cáncer de Piel<br><input type="checkbox"/> Cáncer testicular<br><input type="checkbox"/> Cáncer Uterino<br><input type="checkbox"/> Cáncer, Otro:<br><input type="checkbox"/> Otro: _____<br>_____<br>_____ |
|--|--|---|

### Historia Quirúrgica

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía

### Historial Familiar (por favor indique cual miembro de familia)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias<br><input type="checkbox"/> Trastornos de sangrado<br><input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Cálculos renales<br><input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata<br><input type="checkbox"/> Cáncer de riñón<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|--|---|---|

### Historial de Tabaco/ Alcohol

- ¿Fumas actualmente??  Si  No Cuanto? \_\_\_\_\_
- ¿Fumabas anteriormente?  Si  No Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ Cuando paraste? \_\_\_\_\_
- ¿Bebes alcohol?  Si  No Cuantas Bebidas por día? \_\_\_\_\_
- ¿Usas drogas recreativas?  Si  No Substancias: \_\_\_\_\_

Gracias por tomarse su tiempo y completar el cuestionario urológico. Bienvenido a nuestra Oficina!  
 Prince William Urology Associates, Ltd



# PRINCE WILLIAM UROLOGY ASSOCIATES, LTD

Ali M Sajadi, MD - Andrew K Chung, MD - Anshu Guleria, MD - Katie Riley, PA-C

## REVISION DE SISTEMAS

Marque  solo los problemas que **actualmente** aplican para usted.

### CONSTITUCIONAL

- Fiebre
- Resfriado
- Aumento de peso
- Pérdida de Peso

### OJOS

- Visión borrosa
- Perdida de la visión

### OIDOS/NARIZ/GARGANTA

- Pérdida de audición
- Problemas Sinusales
- Dificultad para tragar
- Dolor de Garganta
- Problemas Dentales
- Sangrado de Nariz

### CARDIOVASCULAR

- Dolor de Pecho
- Palpitaciones
- Ritmo Cardíaco irregular
- Hinchazón de Pies/Extremidades

### RESPIRATORIO

- Brevedad de respiración
- Tos crónica
- Tosido de sangre

### GASTROINTESTINAL

- Poco Apetito
- Nausea
- Vómitos
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor Abdominal
- Sangre en las heces
- Acidez

### GENITOURINARIA

- Sangre en la orina
- Moretones con facilidad
- Goteo de orina
- Flujo débil de orina
- Frecuencia urinal
- Impulso de orinar de repente
- Levantarse en la noche a orinar
- Problemas con erección
- Dolor con relaciones sexuales
- Dolor de vejiga
- Dolor pélvico
- Ardor al orinar
- Infecciones frecuentes de orina

### MUSCULOSQUELETICO

- Dolor de articulaciones
- Dolores musculares
- Dolor de Espalda

### INTEGUMENTARIA/PIEL

- Erupción/Alergia
- Lunares atípicos
- Picazón en la piel

### NEUROLOGICO

- Entumecimiento
- Debilidad
- Mareo

### HEMATOLOGICO/LYMPHATICO

- Tendencia a sangrado
- Ganglios linfáticos

### ENDOCRINO

- Sed Excesiva
- Intolerancia al frío/calor
- Problema Hormonal
- Fatiga

### ALLERGIA

- Alergia a medicamentos
- Alergia al látex
- Alergia estacional (clima)

### PSYQUIATRICO

- Depresión
- Ansiedad

**\*\*Healthcare provider only:** The above systems have been reviewed by: \_\_\_\_\_ Physician's initials

## Escala internacional de síntomas prostáticos (IPSS)

Cuestionario IPSS	Ninguna	Menos de una vez cada 5 veces	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre	
1. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar a las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el flujo de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	<b>Ninguna</b>	<b>1 vez</b>	<b>2 veces</b>	<b>3 veces</b>	<b>4 veces</b>	<b>5 o más</b>	
7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
	<b>Encantado</b>	<b>Muy satisfecho</b>	<b>Más bien satisfecho</b>	<b>Tan satisfecho como insatisfecho</b>	<b>Más bien insatisfecho</b>	<b>Muy insatisfecho</b>	<b>Fatal</b>
8. ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6