

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 ____ Pacífico 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 Médico

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 - Mujer

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? (Puede escoger más de una localidad)

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Costado |
| <input type="checkbox"/> Espalda | <input type="checkbox"/> Vejiga | <input type="checkbox"/> Ingle |
| <input type="checkbox"/> Recto | <input type="checkbox"/> Genitales | |
| <input type="checkbox"/> No 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?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No he tenido ningún examen para evaluar este problema | | |
| <input type="checkbox"/> X-ray | <input type="checkbox"/> Ultrasonido | <input type="checkbox"/> Examen Urodinámico |
| <input type="checkbox"/> CT scan | <input type="checkbox"/> Escaneo Nuclear de hueso | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> MRI | <input type="checkbox"/> Escaneo Nuclear renal | <input type="checkbox"/> No estoy segura |
| <input type="checkbox"/> IVP | <input type="checkbox"/> Espécimen de Orina | |
| <input type="checkbox"/> Examen de Sangre | <input type="checkbox"/> 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

¿Experimenta alguno de lo siguiente?

- | | | |
|--|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frecuencia urinaria | <input type="checkbox"/> Corriente débil | <input type="checkbox"/> Regate |
| <input type="checkbox"/> Urgencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Esfuerzo para orinar | |
| <input type="checkbox"/> Ardor al Orinar | <input type="checkbox"/> Problema iniciando la orina | |

¿Cuántas veces se levanta en la noche a orinar? 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Sientes que estás vaciando completamente la vejiga? Si No

¿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? _____

Cuantas Toallas / día? _____ Protectores/ día? _____ Pañales/ día? _____ Otro: _____

Usualmente están: Secos Húmedos Mojados Empapados

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

(Por favor explique:) _____

Alergias: Es usted alérgica a:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Látex | <input type="checkbox"/> Yodo/Betadine | <input type="checkbox"/> Penicilina |
| <input type="checkbox"/> Colorante/ IV Contraste | <input type="checkbox"/> Cinta/Adhesivos | <input type="checkbox"/> Sulfa |
| <input type="checkbox"/> Mariscos/Camarón | <input type="checkbox"/> Anestésicos | <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la arteria
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca
<input type="checkbox"/> Alta presión sanguínea
<input type="checkbox"/> Colesterol alto
<input type="checkbox"/> Ataque al corazón
<input type="checkbox"/> Vascular Periférico
<input type="checkbox"/> Enfermedad valvular del corazón
<input type="checkbox"/> Estenosis de la arteria
<input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Bronquitis
<input type="checkbox"/> EPOC
<input type="checkbox"/> Fibrosis quística
<input type="checkbox"/> Neumonía
<input type="checkbox"/> Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> Diverticulosis
<input type="checkbox"/> Insuficiencia renal
<input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> Enfermedad Poliquistico en los riñones
<input type="checkbox"/> Cálculos renales
<input type="checkbox"/> Reflujo vesicoureteral
<input type="checkbox"/> Infecciones renales
<input type="checkbox"/> Obstrucción renal
<input type="checkbox"/> Próstata agrandada/ BPH
<input type="checkbox"/> Infección de próstata
<input type="checkbox"/> STD's
<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Gota
<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide
<input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple
<input type="checkbox"/> Miastenia gravis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> Convulsiones
<input type="checkbox"/> TIA
<input type="checkbox"/> Anemia
<input type="checkbox"/> Anemia falciforme
<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre
<input type="checkbox"/> SIDA/ HIV
<input type="checkbox"/> Glaucoma
<input type="checkbox"/> Dependencia de drogas
<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga
<input type="checkbox"/> Cáncer de mama
<input type="checkbox"/> Cáncer de cuello uterino
<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon
<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 | <input type="checkbox"/> Articulaciones artificiales | <input type="checkbox"/> Cáncer de pulmón |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Cáncer de Pene |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Addison | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata |
| <input type="checkbox"/> Cirrosis | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Cushing | <input type="checkbox"/> Cáncer de Piel |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer testicular |
| <input type="checkbox"/> Acidez/ ERGE | <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo | <input type="checkbox"/> Cáncer Uterino |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo | <input type="checkbox"/> Cáncer, Otro: |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Intestino irritable | <input type="checkbox"/> Bipolar | _____ |
| <input type="checkbox"/> La enfermedad de úlcera péptica | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | _____ |
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Demencia | |

Historial Femenino

Número de embarazos: _____ Número de Partos: _____ Vaginal Cesárea
 ¿Ha tenido una histerectomía? Si No Cuando? _____ ¿Por qué? _____
 ¿Ha tenido alguna cirugía de vejiga? ¿Cuándo? _____
 ¿Ha tenido alguna tachuela de vejiga? ¿Cuándo? _____
 ¿Has tenido una Honda? _____

Historia Quirúrgica

Fecha	Cirugía	Fecha	Cirugía

Historial Familiar (por favor indique cual miembro de familia)

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

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