

PATIENT INFORMATION CARD ESPAÑOL
Favor de completar TODOS los blancos

Fecha: _____ MRN: _____ Numero de Seguro Social _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: H M Raza _____
Grupo Etnico: _____ Estado Matrimonial _____ Idioma Preferido _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Telefono Residencial: _____ Telefono Celular: _____

Telefono de Trabajo: _____ email: _____

Empleador: _____ Ocupacion: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo Postal: _____

Doctor Primario: _____ Telefono: _____

Referido Por: _____

Si menor de edad, persona responsable:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

En caso de emergencia, llamar a:

Nombre: _____ Relacion: _____ Telefono: _____

Seguro medico: _____ Garantizador _____

Medicare # _____ Medical # _____

Nombre de Farmacia: _____

Dirreccion de Farmacia: _____

Telefono de Farmacia: _____

Fecha

Firma

Información e Historia Clinica de Pacientes

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Sexo: Hombre
Mujer

Fecha de Nacimiento: _____ Edad Actual: _____ Fecha: _____

Alergias: _____

HISTORIAL MEDICO

- ___ Diabetes
- ___ Enfermedad pulmonar
 - ___ COPD
 - ___ asma
 - ___ Cancer
 - ___ otro _____

- ___ Coronaria
- ___ Hipertension
- ___ Infarto de corozon
- ___ Problemas de sangre
- ___ Desorden de la tiroide
- ___ El Glaucoma
- ___ Artritis
- ___ La Gota
- ___ Calculos renales (piedras)
- ___ Cancer (tipo) _____

- ___ Enfermedad vascular
- ___ Otro _____

Telefono y dirección de su farmacia;

CIRUGIAS ANTERIORES

(liste por favor el año aproximado de la cirugía)

MEDICINAS y DOSIS (mg)

HISTORIA PERSONAL

Fumador ___ Si ___ No
Uso recreativo de drogas ___ Si ___ No
Estado Civil;
Soltero/a ___ Casado/a ___
Divorciado/a ___ Viudo/a ___

¿Toma bebida con alcohol? ___ Si ___ No

Café/ Te ___ Si ___ No

MEDICO PRIMARIO

Telefono de medico _____

ALGUN FAMILIAR HA TENIDO ALGUNAS DE LAS ENFERMEDADES SIGUIENTES: PADRE, MADRE, HERMANO, HERMANA.

- ☞ Diabetes _____
- ☞ Hipertension _____
- ☞ Enfermedad Pulmonar _____
(COPD, asma, cancer)
- ☞ Enfermedad coronaria _____
- ☞ Infarto de miocardio _____
- ☞ Artritis _____

- ☞ Calculos renales _____
- ☞ Enfermedad renales _____
- ☞ Enfermedad de tiroides _____
- ☞ Cancer _____
- ☞ Otras enfermedades _____

Nombre: _____ Fecha: _____

Sistema General			Genitourinaria		
Cambio de Apetito	Y	N	Sangre en la orina	Y	N
Escolofrios	Y	N	Orina frecuente	Y	N
Fiebre	Y	N	Orina con dolor	Y	N
Dolor de Cabeza	Y	N	Sensacion de urgencia	Y	N
Perdida de Peso	Y	N	Dificil de orinar	Y	N
Ojos			Empuja para orinar	Y	N
Vision Borrosa	Y	N	Pierde control de orinar	Y	N
Dolor de Ojos	Y	N	cuando tose	Y	N
Garganta, Nariz, Ojos			cuando siente deseos	Y	N
Congestion Nasal	Y	N	Dolor con relacion sexual	Y	N
Dolor de Garanta	Y	N	Dolor testicular (Varon)	Y	N
Zumbido en el oido	Y	N	Falta de ereccion (Varon)	Y	N
Sordera	Y	N	Ereccion dificil (Varon)	Y	N
Resperatorio			Masa Testicular (Varon)	Y	N
Toz Cronica	Y	N	Menstruacion pesada (Mujer)	Y	N
Falta de Resperacion	Y	N	Menstruacion dolor (Mujer)	Y	N
Sangre con tos	Y	N	Descarga vagial (Mujer)	Y	N
Cardiovascular			Musculo esqueletal		
Angina	Y	N	Artritis	Y	N
Palpitaciones	Y	N	Dolor de espalda	Y	N
Dolor de Pecho	Y	N	Dolor de articulacion	Y	N
Hinchazon de Piernas	Y	N	Endocrino		
Gastrointestinal			Sudoración excesiva	Y	N
Dolor Abdominal	Y	N	Sed excesiva	Y	N
Extreñimiento	Y	N	Aumento de peso	Y	N
Diarrea	Y	N	Pérdida de peso	Y	N
Reflujo Gastrico	Y	N	Hematológico		
Nausia/Vomitos	Y	N	Problemas de sangrado	Y	N
Escreta Negra	Y	N	Inflamación de las glándulas	Y	N
Piel			Sangrado facil	Y	N
Picazon	Y	N	Neurológico		
Marcas	Y	N	Mareos	Y	N
Irratacion	Y	N	Entumecimiento	Y	N
Cambios de Color	Y	N	Psychiatric		
Firma de Medico			Insomnia	Y	N
			Ansiedad	Y	N
Fecha			Depresion	Y	N
			Pensamientos suicida	Y	N

REGLAMENTOS DE CANCELACIONES Y CITAS PERDIDAS:

Estimado Paciente,

Nuestra meta es ofrecerles citas que acomoden su horario. Por lo tanto, tratamos de ofrecerle la primera cita que tengamos disponible. Mientras muchos pacientes esperan su cita ansiosamente, nosotros intentamos hacerles esperar lo menos posible. Por favor entienda nuestros reglamentos para todos nuestros pacientes y ayúdenos a estar más disponible para usted.

CITAS:

No habrá cargo si usted cancela su cita **con 48 horas o más de anticipación.**

Si usted no llega a su cita y no la cancela con **48 horas de anticipación o sin notificación**, entonces habrá un cargo de:

- **\$200.00** si la cita es para una cirugía o procedimiento en la oficina
- **\$50.00** si la cita es visita regular

CIRUJIAS EN EL HOSPITAL

No haga ningún cargo si usted cancela su cirugía con **3 días de anticipación.**

Si no cancela su cirugía o cambia la fecha con 3 días de adelanto, se le hará un cargo de **\$300.00.**

CONSIDERACION GENERAL

Si una cita es perdida, cancelada o cambiada 3 veces dentro de un periodo de 6 meses, nuestra oficina le proveerá información de otros urologos que tal vez puedan ofrecerle citas que mejor acomoden su horario.

HE LEIDO Y ENTIENDO ESTOS REGLAMENTOS A COMO ESTAN ESCRITOS:

FIRMA

NOMBRE

FECHA

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU CAN GET ACCESS TO THIS INFORMATION.

PLEASE REVIEW IT CAREFULLY

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPPA) is a federal program that requires that all medical records and other individually identifiable health information used or disclosed by us in any form, whether electronically, on paper, or orally, are kept properly confidential. This Act gives you, the patient, significant new rights to understand and control how your health information is used. HIPPA provides penalties for covered entities that misuse personal health information.

As required by HIPPA, we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of your health information and how we may use and disclose your health information.

We may use and disclose your medical records only for each of the following purposes: treatment, payment, and health care operations.

- **Treatment** means providing, coordinating, or managing health care and related services by one or more health care providers. An example of this would include a physical examination.
- **Payment** means such activities as obtaining reimbursement for services, confirming coverage, billing or collection activities, and utilization review. An example of this would be sending a bill for your visit to your insurance company for payment.
- **Health care operations** include the business aspects of running our practice, such as conducting quality assessment and improvement activities, auditing functions, cost-management analysis, and customer service. An example would be an internal quality assessment review.

We may also create and distribute de-identified health information by removing all references to individually identifiable information.

Any other uses and disclosures will be made only with your written authorization. You may revoke such authorization in writing and we are required to honor and abide by that written request, except to the extent that we have already taken actions relying on your authorization.

You have the following rights with respect to your protected health information, which you can exercise by presenting a written request to the Privacy Officer:

NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

- **The right to request restrictions on certain uses and disclosures of protected health information, including those related to disclosures to family members, other relatives, close personal friends, or any other person identified by you. We are, however, not required to agree to a requested restriction. If we do agree to a restriction, we must abide by it unless you agree in writing to remove it.**
- **The right of to reasonable requests to receive confidential communications of protected health information from us by alternative means or at alternative locations.**
- **The right to inspect and copy your protected health information.**
- **The right to amend your protected health information.**
- **The right to receive an accounting of disclosures of protected health information.**
- **The right to obtain a paper copy of this notice from us upon request.**

**CARTA DE ACEPTACION DE LA CORPORACION MEDICA,
HERNANDEZ Y GRADY**

RECIBO DE ACEPTACION, UNA NOTICIA DE PRACTICAS PRIVADAS:

**YO, _____ LEIDO UNA COPIA DE LA
NOMBRE DE PACIENTE**

NOTICIA DE PRACTICA PRIVADAS DE HERNANDEZ Y GRADY.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA