URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

Información del Paciente

(En letra de molde)

Apellido del Paciente_____ Nombre_____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Postal_____

Ciudad_____ Estado_____ Código Postal_____

Teléfono de Casa_____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____

Correo Electrónico _____ Seguro Social # _____

Grupo Etnico: _____ Blanco _____ Africano/Americano _____ Hispano _____ Asiático /Americano _____ Otro

Idioma Preferido _____ Estado Civil _____

Médico Primario_____

Ocupación _____ Nombre del Empleador _____

Preferencia de Contacto: _____ Casa _____ Trabajo _____ Celular

¿Quién la refirió a nosotros? ¿Como escuchó sobre nosotros? _____

Quien es Financieramente Responsable: _____ Usted Mismo (Paciente) _____ Esposo _____ Padre o Madre _____ Otro

Apellido del Paciente _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono del Trabajo _____ Celular _____

Seguro Primario- *Por favor proporcione tarjeta de seguro*

Nombre del Seguro _____ Número de Póliza_____ Número de Grupo_____

Seguro Secundario- *Por favor proporcione tarjeta de seguro*

Nombre del Seguro _____ Número de Póliza _____ Número de Grupo _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Policy # _____ Group # _____ Nombre del Titular de la Póliza _____

Fecha de Nacimiento _____ Relación con el Paciente _____

Contacto de Emergencia (*Padre/Madre o Tutor- si el paciente es minor*)

Nombre _____ Relación _____ Número de Teléfono _____

CONSENTIMIENTO PARA EVALUACIÓN O TRATAMIENTO

El que firma por este medio aprueba cualquier evaluación o tratamiento que el proveedor de salud asignado crea necesario.

DESIGNACIÓN DEL SEGURO DE SALUD

Por la presente autorizo que mis beneficios de seguro se paguen directamente a Urogyn Specialists of Florida. Entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy responsable en última instancia del saldo de mi cuenta por cualquier servicio profesional prestado.

Firma (paciente / padre / tutor) _____ Fecha _____

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PROTEGIDA SOBRE LA SALUD

Por este medio autorizo a que pueden divulger o usar mi información/ o la información de salud del paciente ("Información de Salud Protegida") y la información de mi record médico de Urogyn Specialists of Florida ("La Práctica") para poder llevar a cabo tratamientos, pagos o prácticas de asistencia médica. Usted debe revisar "El aviso de Prácticas de Privacidad" para una descripción más completa de la posibilidad de que su información sea compartida y utilizada, y usted tiene el derecho a revisar ese aviso antes de firmar esta autorización**.**

Si usted permite que terceras personas que no sean uno de nuestros médicos o empleados que estén en el cuarto de examen mientras uno de nuestros doctores lo examina o discute con usted su tratamiento o su condición médica, al usted firmar esta forma, usted está autorizando la divulgación de su información protegida con esas terceras personas. La Prácticas tiene el derecho de cambiar los términos del aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento. Si hacemos cambios a los Avisos de Prácticas de Privacidad, usted recibirá una revisión del Aviso.

Usted tiene el derecho a pedir, por escrito, que la manera en la cual nosotros compartimos su información protegida sea restringida. Nuestra Práctica no está requerida a aceptar esa restricción. Sin embargo, si estamos de acuerdo, lo haremos por escrito a usted/ al paciente, y la restricción será parte del contrato con nuestra Practica.

He tenido la oportunidad de revisar los Avisos de Practicas de Privacidad en la sala de espera y entiendo que puedo recibir una copia si asi lo deseo.

Nombre del Paciente (o Persona Autorizada): _____ **Fecha:** _____

Reconozco y estoy de acuerdo que la Práctica puede divulgar mi información de salud protegida e información de mi record medico a las siguientes personas (**por favor inicie y ponga nombre de la persona**):

_____ Cónyuge_____ _____ Padre _____

_____ Hijo_____ _____ Tutor Legal _____

_____ Otro_____ _____ Poder Legal _____

Estoy de acuerdo que la Práctica puede divulgar mi información que se encuentra en mi record médico. (**Favor iniciar abajo**):

	Información Sobre Abuso de Drogas		Información Sobre HIV/AIDS
	Información Sobre Enfermedades de transmisión Sexual		Información Sobre Salud Mental
	Información Sobre Embarazo- para Mayores de 18 Años		Pruebas Genéticas

Acepto y doy mi consentimiento para que la Práctica me brinde información de las siguientes maneras alternativas **(favor iniciar abajo):**

_____ Correro regular _____Teléfono ____Máquina contestadora ____Mensaje de Voz ____ Fax ( )

La Práctica puede negarse a darle tratamiento si usted/el paciente (o un representante autorizado), no firma esta Autorización. Si usted no lo autoriza (como debe por escrito) luego de firmar, la Práctica tiene el derecho de negarse a darle tratamiento.

Firma del Paciente (o Persona Autorizada): _____ **Fecha & Hora**: _____

Nombre en Letra Del Molde: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE:

Aceptación NO recibida por la siguiente razón:

- Paciente o tutor legal decline aceptar el Aviso de Practicas de Privacidad
- Paciente recibió Aviso de Practicas de Privacidad pero declinó firmar la autorización
- Otro: _____

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

Póliza Importante Para el Paciente

Bienvenido a Urogyn Specialists of Florida!

Estamos muy contentos de que haya confiado su salud en nuestras manos. Nuestro objetivo es brindarle un excelente servicio al cliente durante cada visita a USF.

Con el fin de satisfacer las necesidades de todos nuestros pacientes y brindarle la mejor atención al paciente, le pedimos que cumpla con nuestra póliza de "NO HAY NIÑOS MENORES DE 13 AÑOS durante su visita la USF". Esto incluye todas las visitas de bienestar, procedimientos en el consultorio o procedimientos quirúrgicos.

Queremos asegurarnos de que todos los pacientes de USF estén relajados para sus visitas, de modo que el personal clínico y administrativo pueda brindar la mejor atención a todos los pacientes.

Firme a continuación y devuelva este documento con su nuevo paquete de paciente.

¡Apreciamos su comprensión y esperamos poder servirle pronto!

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

Responsabilidad del Paciente Por el Pago

Nombre del Paciente: _____ Número de Cuenta: _____

Por favor revisa e inicializa cada línea, firma y fecha.

_____ **COBERTURA DEL SEGURO:** Entiendo que soy responsable de conocer los detalles de mi propio plan de seguro, incluyendo lo que puede o no estar cubierto y si mi proveedor está en la red con mi plan. Una verificación de beneficios no es una garantía de cobertura o pago a través de mi compañía de seguros.

_____ **REFERENCIAS:** Entiendo que soy responsable de saber si mi plan de seguro requiere una derivación de mi PCP. Además, entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de que esta remisión sea recibida y aprobada por mi seguro, y el hecho de no hacerlo puede resultar en una cita reprogramada o denegado reclamos y la responsabilidad financiera total del paciente por los servicios prestados.

_____ **RESPONSABILIDAD ESTIMADA DEL PACIENTE:** Las estimaciones se alcanzan poniéndose en contacto con su compañía de seguros. Son sólo una estimación de los servicios previstos para ser proporcionados por los especialistas de UroGyn de la Florida y no son una garantía de cobertura. Puede haber costos adicionales después de que se prestan los servicios y su seguro procesa la reclamación.

_____ **TIEMPO DE PAGO DE SERVICIO:** Entiendo que es la política de UroGyn especialistas de Florida para cobrar copagos y estimación de la responsabilidad del paciente, incluyendo deducible y coaseguro, en el momento del servicio. Para algunos servicios, el pago se debe pagar por adelantado. Entiendo que ningún pago puede resultar en una cita reprogramada.

_____ **RECLAMACIONES:** Entiendo que mi seguro se facturará inmediatamente después de que se prestan los servicios, y si mi seguro evalúa cualquier responsabilidad del paciente que se debe en su totalidad al recibir la primera declaración. Los saldos no pagados pueden ser evaluados y transferidos a una agencia de cobro externa.

_____ **RECLAMACIONES:** Autorizo a los especialistas de UroGyn de Florida a liberar cualquier información adquirida durante mi tratamiento que sea necesaria para procesar reclamos de seguros.

_____ **CARGOS EXTERNOS**: Entiendo que proveedores externos incluyendo (pero no limitado a) laboratorios, patología, anestesia, asistencia de cirugía, y cargos de la instalación no son facturados por nuestra oficina, y puede resultar en una factura separada. Nuestra oficina no es responsable de estas reclamaciones y no es capaz de proporcionar los costos de estos servicios. Usted tendrá que ponerse en contacto directamente con su compañía de seguros y el proveedor externo.

_____ **POLÍTICA DE NO CANCELACIÓN / TARDE**: Entiendo que las citas de oficina cancelado con menos de 24hrs previo aviso, o citas que se pierde sin previo aviso, se traducirá en una tarifa de $50,00 para visitas a la oficina y $100,00 para los procedimientos de oficina. Los procedimientos, cirugías o citas InterStim canceladas dentro de los 7 días dará lugar a un cargo por cancelación tardía de $250,00, debido al equipo adicional, los suministros y el personal requerido para estos servicios. Tenga en cuenta que llegar más de 10 minutos tarde a una cita de oficina puede resultar en una cita reprogramada y se considerará una cancelación tardía.

_____ **AUTO PAGO:** Entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos por mí, independientemente de la cobertura de seguro. Entiendo que si por alguna razón no tengo seguro activo en el momento del servicio, o mi seguro no cubrirá mis servicios, seré considerado un auto-pago y soy financieramente responsable del 100% de los servicios prestados. Los cargos por auto pago se deben pagar en su totalidad en el momento del servicio. Para algunos servicios, el pago se debe pagar por adelantado.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Al firmar arriba, indica que ha leído, comprendido y aceptado las políticas descritas en este formulario.

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

Nombre: _____ Años: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Razón de la Visita: _____

Historia médica pasada	*No*	*Sí*	*En caso afirmativo, explíquelo por favor*	*Historia médica pasada*	*No*	*Sí*	*En caso afirmativo, explíquelo por favor*
Cáncer BRCA probado				ID- Fiebre Reumática			
Cáncer de mama				ID- Tuberculosis / PPD Positiva			
Cáncer cervical				ID- Enfermedad Infantil Inusual			
Cáncer de Colon				Neurología- Dolores de Cabeza / Migrañas			
Cáncer Endometrial				Neurología-Pérdida de Memoria/Demencia			
Cáncer de Pulmón				Neurología- Neuropatía			
Cáncer de Ovario				Neurología - Convulsiones/ Epilepsia			
Cáncer de Piel				Neurología- Trazo /TIA			
Cáncer Vaginal				Dolor de Espalda Orto-Crónico			
Cáncer Vulvar				Enfermedad Articular Orto-Degenerativa			
Arritmia Cardíaca				Orto-Fracturas			
Enfermedad Cardiaca				Psych- ADD			
Presión Arterial alta Cardíaca				Trastorno de Ansiedad Psíquica			
Cardiaco Colesterol alto				Enfermedad Psico-Bipolar			
Dermatología- Acné				Psicodepresión			
Dermatología-Eczema / Psoriasis				Trastorno de Alimentación			
ENT- Pérdida de Audición				Psych- PMS/PMDD			
Endocrinología- Diabetes				Pulmonar- Asma			
Endocrinología - Prolactina Elevada				Pulmonar- EPOC/ Enfisema			
Endocrinología- Osteopenia				Pulmonar - Alergias Estacionales			
Endocrinología- Osteoporosis				Pulmonar-Apnea del Sueño			
Endocrinología - Problemas de Tiroides				Reumatología- Artritis			
Ojos- Cataratas				Reumatología - Enfermedad Autoinmune			

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

Ojos- Glaucoma				Reumatología- Fibromialgia			
Ojos Perdida de Vision				Urología- IU frecuentes			
GI- Pólipos de Colon				Urología - Sangre en Orina			
GI- Colitis Ulcerativa de Crohn				Urología- Cistitis Intersticial			
GI- Enfermedad de la Vesícula Biliar				Urología- Enfermedad Renal			
GI- Hemorroides				Urología- Infección Renal			
GI- Síndrome del Intestino Irritable				Urología- Piedras Renales			
GI- Enfermedad Hepática / Hepatitis				Urología- Incontinencia Urinaria			
GI- Reflujo /úlceras Estomacales				Urología- Incontinencia Fecal			
Deficiencia de Vitamina GI				Control de Peso - Obesidad			
Hematología- Anemia							
Hematología - Trastorno de Sangrado				***Si algo en su historial médico no es**			
Hematología- Coágulo De Sangre. Trastorno				**en la lista, por favor complete a continuación y explique**			
Hematología- Transfusión Sanguínea							
Hematología- DVT/ Pul. Embolia							
Identificación- Varicela/Tejas							
ID- HIV							
ID- MRSA							

URO GYN SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

HISTORIA FAMILIAR:

Miembro de la Familia	*Condición Médica*	*Edad del Diagnóstico*

HISTORIA SOCIAL: (Por favor Circule Uno)

Estado de Fuma:	Nunca	Antes	Diario	A veces		
¿Fumar, cuánto?						
Consumo de alcohol:	Ninguna	Ocasional	Moderar	Pesado		
Drogas ilícitas:	No	Sí				
Ingesta de Cafeína:	Nunca	Ocasional	Moderar	Pesado		
Nivel del Ejericio:	Nunca	Ocasional	Moderar	Pesado		
Dieta:	regular/vegetariano	vegano	sin gluten	cardíaco	diabético	
Estado civil:	casa	soltera	divorciado	apartado	Vdo	socio doméstico
Historia de Violencia Domestica:	Sí	No				
Alta Educación:						
Ocupación:						
Religión:						
Cinturones de Seguridad Usados Rutinariamente:	Sí	No				
¿Es aceptable una transfusión de sangre en caso de emergencia?:	Sí	No				

HÁBITOS SALUDABLES:

¿Cuántas horas duermes una noche? _____ ¿Comes comidas regulares, incluido el desayuno?	Yes	No
¿Come pan y cereales de grano blanco, frutas y verduras frescas todos los días?	Yes	No
¿Estás interesado en perder peso en este momento?	Yes	No

HISTORIA OBSTERTICA:

Fecha	Resultado de parto *(vaginal, cesárea, aborto, espontáneo, o aborto)*	*Embarazo Término*	*M/F*	*Peso de nacimiento*
Fecha	Resultado de parto *(vaginal, cesárea, aborto, espontáneo, o aborto)*	*Embarazo Término*	*M/F*	*Peso de nacimiento*

FARMACIA DEL PACIENTE:

Nombre	Dirección	Telephono

PROVEEDORES DEL PACIENTE (*por favor indique su médico primario y cualquier otro médico que vea***)**

Nombre	Especialidad	Dirección y numbero de telephono

URO GYN SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

HISTORIA QUIRURGICA

Tipo de Cirugía	Fecha	Motivo de la Cirugía?

MEDICAMENTOS:

Nombre del Medicamento	Dosis	Frecuencia

ALLERGIAS:

Drogas	Cual es tu reaccion?

HISTORIA GINECOLOGÍA (Por favor marque)

El último periodo menstrual:							
Frecuencia del ciclo:	Monthly	<21 dias	>35 dias	muy irregular			
Duración del flujo:							
Cantidad de flujo:	Ligero	Moderar	Pesado				
Calambres:	No	Sí					
Anticonceptivos:	Abstinencia	Condones	Depo (*inyección*)	Essure	IUD	Nexplanon	Parche
	Pastillas	Anillo	Ritmo	Ligadura de trompas	Vasectomía	Ningun	
Sí es aplicable, Edad de la menopausia:							
Orientacíon sexual:	Heterosexual	Homosexual	Bisexual				
¿Eres sexualmente activo?	Sí	No					
Tu vida sexual es satisfactoria para ti?	Sí	No					
¿Tienes una pérdida de libido? (impulso sexual)	Sí	No					

HISTORIA OB-GYN (*Seleccione si o no. En caso afirmativo, explíquelo por favor*)

Historia de:	Sí	No	En caso afirmativo explicar
Historia de transmisión sexual de la enfermedad?			
Historia de Papanicolaou anormales?			
Fecha de la última prueba de Papanicolaou			
Preuba de HPV			
Vacuna contra el HPV?			
Historia de problemas con los cenos?			
Historia de mamografías abnormales?			
Fecha de la ultima mamografía:			
Historia de dysplasia cervical?			
Historia de la endometriosis?			
Historia de los fibromas?			
Historia de infertilidad?			
Historia de problemas ovaries?			
Historia de PCOS?			
Fecha de la ultima colonoscopia:			

URO GYN SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

HISTORIA DE LA VEJIGA Y EL INTESTINO (Por favor, compruebe si tiene alguno de los signuientes síntomas)

Síntoma:	Marque sí es sí:	Sí es así, explique con qué frecuencia?
Frecuencia de orina diurna		
Frecuencia nocturna orina		
Repentino y fuerte deseo de orinar		
No se puede llegar al baño a tiempo con una gotera de orina		
Incapaz de vaciar la vejiga por completo		
Gotera de orina con tos, estornudo, risa o ejercicio		
Fugas sin Previo Aviso		
Dolor al orinar		
Sangre en la orina		
Dolor con el sexo		
Dolor pélvico		
Pérdid incontrolada de gas		
Pérdida incontrolada de heces/incontinencia fecal		

Has probado alguno de estos medicamentos?

Nombre de la Medicación	**Marque si es si:**
Cadura	
DDAVP	
Detrol LA	
Ditropan XL	
Elavil	
Elmiron	
Enablex	
Flomax	
Oxytrol Patch	
Sanctura	
Other (*por favor enumere)*	

Si detuvo algún medicamento, explique por qué?

Razón	Marque si es si:	Por favor explique:
No ayudó		
Efectos secundarios		
Muy caro		

URO GYN
SPECIALISTS OF FLORIDA

Phone: (407) 333-0496 Fax: (407) 648- 9404

Cuestionario de Síntomas de la Vejiga

Nombre: _____ Fecha: _____

¿Qué síntomas te describen mejor? Marque todo lo que corresponda.

____ Orina frecuente- día, noche, o los dos

____ Impulso repentino o fuerte a la orina

____ Gotera de orine con poca o ninguna advertencia- incapaz de llegar al baño a tiempo

____ Incapaz de vaciar completamente la vejiga- se siente como si hubiera más incluso después de ir al baño

____ Gotera de orines accidental con actividad física- hacer ejercicio, estornudar o toser

____ vejiga o dolor pélvico

____ Problema con la función intestinal (*si está marcado, por favor haga un círculo alrededor del síntoma abajo*)

Pérdida accidental de fugas de heces estreñimiento other

____ Sin problemas de vejiga o intestino

¿Cuánto tiempo ha tenido estos síntomas? _____

¿Has probado medicamentos para aliviar los síntomas de la vejiga? Sí No

En caso affirmativo, cuántos medicamentos diferentes ha probado? _____

En una escala de 0 a 10, donde 0 no es un alivio de los síntomas y 10 es un alivio completo de los síntomas, ¿cuánto alivio de los síntomas tienen estos medicamentos para usted? Encierra en un círculo un número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Sigues tomando estos medicamentos? Sí No

Si no, ¿por qué has dejado de tomarlos? (*Por favor circule todos los que apliquen*)

No funcionó tan bien como se esperaba Efectos secundarios Gastos

Interacción con otros medicamentos otro

Si tiene efectos secundarios, porque dejó de tomarlos:

_____

Se intentaron modificaciones de comportamiento?

_____

(i.e., menor ingesta de líquidos, reducción de cafeína, los ejercicios de Kegel, terapia física pélvico, o cambios de estilo de vida)

En una escala de 0 a 10, 0 no es ninguna frustración y 10 está extremadamente frustrado, ¿cuál es su nivel de frustración con los síntomas de control de la vejiga? Encierra en un círculo un número.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

¿Está interesado en aprender más sobre alternativas de tratamiento adicionales a los medicamentos para la vejiga?

Sí No