



Fecha de visita inicial _____

Médico que verá hoy _____

Título Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sufijo

Apellido de soltera Sexo Número de seguro social Estado Civil Fecha de nacimiento

Raza Etnicidad Idioma principal

Dirección 1

Dirección 2

Código postal Ciudad Estado País

Teléfono de la casa Teléfono celular Teléfono del trabajo

Por favor, circule el número de teléfono de contacto preferido

Email

¿Quién lo refirió?

Médico de cabecera Teléfono

Farmacia preferida Ciudad Teléfono Intersección/Esquina

Persona de contacto que no viva con usted (obligatorio llenar) Teléfono

¿Podemos dejar sus resultados en la grabadora de voz de sus teléfonos de contacto?

Seguro principal ID # Group #

Seguro secundario ID # Group #

Otro seguro de salud ID # Group #

Responsable principal del seguro Teléfono Relación
(si no es el paciente)

Historia Médica

Nombre

Signos vitales

Medicamentos, dosis, frecuencia (i.e. Warfarin 4mg por boca, diario)

Alergias o reacciones

Razón de visita

¿Tiene lo siguientes síntomas?

Fiebre	Si	No	Dolor en el pecho	Si	No	Mareo	Si	No
Escalofrios	Si	No	Diarrea	Si	No	Confusión	Si	No
Visión borrosa	Si	No	Estreñimiento	Si	No	Aumento de sed	Si	No
Visión doble	Si	No	Dolor en las articulaciones	Si	No	Aumento de apetito	Si	No
Sinusitis	Si	No	Dolor de espalda	Si	No	Alergias Estacionales	Si	No
Dolor de oídos	Si	No	Acné	Si	No	Alergias a animales	Si	No
Hinchazón de las piernas	Si	No	Furúnculos/granos	Si	No			

Historia medica

Diabetes	Si	No	Presión alta	Si	No	Colesterol elevado	Si	No
Enfermedad cardiaca	Si	No	Problema de las tiroides	Si	No	Infecciones de orina recurrente	Si	No
Antígeno prostático (PSA) elevado	Si	No	Crecimiento de próstata	Si	No	Cáncer de próstata	Si	No

Historia Médica

Otros problemas médicos

Cirugías previas

Cirugía de calculo renal	Si	No	Cirugía de próstata	Si	No	Cirugía renal	Si	No
Cirugía de vejiga	Si	No	Implante al pene	Si	No	Histerectomía	Si	No
Cirugía de vesícula biliar	Si	No	Apendectomía	Si	No	Reemplazo de articulaciones	Si	No
Válvula cardiaca artificial	Si	No	Stent cardiaco	Si	No	Marcapasos	Si	No

Otras cirugías

Historia médica de la familia

Cálculos renales	Si	No	Cáncer de próstata	Si	No	Cáncer de riñon	Si	No
Cáncer de vejiga	Si	No	Problemas de coagulación	Si	No			

Otra historia médica de la familia

Historia social

¿Fuma?	Si	No	¿En el pasado?	Si	No	Años	Cigarrillos por día
¿Uso de droga?	Si	No	¿En el pasado?	Si	No	Tipo	

Número de bebidas alcohólicas por día

Ocupación



Cancelación de cita/procedimiento – Si el paciente no asiste a una cita o procedimiento genera espacios en la agenda del medico que podrían usarse para atender a pacientes con problemas urgentes. Por lo tanto solicitamos nos avise con 24 horas de anticipación si desea cancelar una cita y con 72 horas de anticipación para procedimientos hospitalarios o cirugías/procedimientos en la oficina. Si no recibimos dicha notificación se le cobrara \$50 por la cita perdida y \$150 por cirugía o procedimiento perdido.

Formatos/Planillas – El llenado de formatos especiales (fuera de los formatos normales del seguro o autorizaciones de recetas/prescripciones) requiere de servicios administrativos que superan los servicios normales de cuidado médico. El volumen de estas solicitudes ha aumentado tremendamente y genera muchos gastos por la necesidad de contratar personal adicional. Se cobrará \$25 por cada formato especial. Por ejemplo, esto incluye los formatos FMLA, los formatos de discapacidad, formatos de definición de cancer, discapacidad para el trabajo o el estudio/escuela, formatos de uso financiero, o cualquier otro formatos.

Solicitud de records – El paciente tiene derecho a una copia del record de la visita y puede solicitarlo. Sin embargo, si se solicitan varias copias o si se solicita los records completos que incluyen todos los documentos asociados, se le cobrara \$1 por pagina hasta un máximo de \$10.

Asignación de beneficios – Mediante el presente documento autorizo el pago de los beneficios de mi seguro de salud a Florida Urology Partners, LLP. Comprendo que soy responsable por el pago de los servicios no cubiertos y autorizo el envío de mi información médica a la compañía de seguros.

Co-pagos – Los co-pagos y deducibles serán pagados al momento de recibir los servicios. La oficina hará una evaluación lo mas exacta posible para determinar la responsabilidad monetaria de paciente basada en su plan de seguro usando el servicio de verificación en línea.

Referidos/autorizaciones – Si usted tiene un HMO que requiere ser referido o requiere una autorización previa de su médico de cabecera, es indispensable presentar esta documentación antes de ser atendido para garantizar el pago de los servicios médicos. No traer esta documentación generará un inconveniente para usted y para su medico porque su cita tendrá que ser reprogramada.

Autorización perpetua – Mediante el presente documento autorizo la entrega de mi información médica a la compañía de seguros para procesar el pago. Esta autorización tiene la condición de perpetua para evitar la firma de formatos individuales del seguro en cada visita.

Firma del paciente

Privacidad de la información de salud protegida del paciente

Este documento describe la manera como su información de salud puede ser usada y distribuida así como la manera como usted puede acceder a dicha información. Por favor leer con cuidado.

Esta oficina usa y distribuye su información de salud protegida por las siguientes razones:

Para compartir con otros profesionales de la salud que lo estén tratando.

Para solicitar el pago de servicios médicos a las compañía de seguros u otra entidad para verificar que el S tratamiento ha sido dado.

Para verificar los beneficios del paciente en un plan de seguro de salud.

Distribución de información requerida por la ley de salud federal o estatal.

Para superar la barrera del idioma durante el tratamiento del paciente.

A empresas asociadas (como los laboratorios) que garantizan por escrito la privacidad de su información de salud protegida.

Situaciones consideradas urgentes por el medico tratante.

En casos de abuso, negligencia, o violencia domestica de acuerdo con la ley federal y estatal.

Recordatorios de citas a miembros de la familia o de la casa o en grabaciones telefónicas.

Los registros de firma de ingreso pueden ser distribuidos para verificar o confirmar las visitas a la oficina.

Ocasionalmente, se puede mostrar fotografías, cartas, o tarjetas de aprecio del paciente.

Cualquier otra distribución requerirá su autorización previa por escrito.

Usted tiene derecho a:

Revocar su autorización por escrito en cualquier momento especificando las restricciones correspondientes.

Hablar con la persona encargada de la privacidad llamando al 813-256-0196.

La revisión y corrección de su información de salud protegida de acuerdo a ley.

Presentar un reclamo a la persona encargada de la privacidad o al Secretary of Health and Human Services (Secretaria de salud y servicios humanos).

Esta oficina se reserva el derecho a cambiar los términos de este documento y a incluir nuevas provisiones a la información de salud protegida. Los pacientes pueden solicitar una copia actualizada en cualquier momento.

Afirmo que he recibido y revisado este documento y que lo comprendo en su totalidad.

Nombre del paciente _____

Firma _____

Fecha _____



Autorización para la distribución de los Registros Médicos:

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Ultimos 4 dígitos del número de seguridad social _____

Autorizo y solicito a Florida Urology Partners, LLP para recibir copias de mis records médicos de Cualquier oficina medica, laboratorio, y hospital que tenga información médica sobre mi. La información que se solicita es requerida lo antes posible para obtener un tratamiento médico adecuado en el momento que sea atendido.

Tipo de record o resultados solicitado

Médico/clinica donde provienen los records/resultados

Por favor mandar los records/resultados a la siguiente dirección o número de fax (circule):

Rudolph Acosta, MD
12408 North 56th Street Unit 1
Tampa, FL 33617
Fax 813-980-3106

William Assad, MD
601 South Armenia Avenue
Tampa, FL 33609
Fax 813-XXX-XXXX

Chandler Dora, MD
2815 West Virginia Ave Suite A
Tampa, FL 33607
Fax 813-870-1428

Tod Fusia, MD
Mark Swierzewski, MD
2822 West Virginia Avenue
Tampa, FL 33607
Fax 813-871-6139

Howard Heidenberg, DO
Malcolm Root, MD
1209 West Swann Avenue
Tampa, FL 33606
Fax 813-253-2098

Mohamed Helal, MD
Raviender Bukkapatnam, MD
1 Davis Blvd. Suite 604
Tampa, FL 33606
Fax 813-258-3535

David Hochberg, MD
Timothy Weber, MD
2708 West St. Isabel Street
Tampa, FL 33607
Fax 813-879-2015

Frank Mastandrea, MD
4710 North Habana Avenue
Suite 400
Tampa, FL 33614
Fax 813-872-7356

Osvaldo Padron, MD
Alonso Alvarez, MD
5913 Webb Road
Tampa, FL 33615
Fax 813-875-0188

Nombre del paciente _____ Firma _____ Fecha _____