

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

United States

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
(si no es el paciente)

Teléfono

Relación

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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mareo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Escalofrios	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diarrea	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Confusión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Visión borrosa	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estreñimiento	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aumento de sed	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Visión doble	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Aumento de apetito	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Sinusitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias Estacionales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Dolor de oídos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Acné	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alergias a animales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Furúnculos/granos	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No		

Historia medica

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Presión alta	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Si <input checked="" type="checkbox"/> No
Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problema de las tiroides	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Infecciones de orina recurrente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Antígeno prostático (PSA) elevado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Crecimiento de próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Historia Médica

Otros problemas médicos

Cirugías previas

Cirugía de calculo renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugía de próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cirugía renal	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía de vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Implante al pene	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Histerectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cirugía de vesícula biliar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Apendectomía	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Reemplazo de articulaciones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Válvula cardiaca artificial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Stent cardiaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Marcapasos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Otras cirugías

Historia médica de la familia

Cálculos renales	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cáncer de riñon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas de coagulación	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Otra historia médica de la familia

Historia social

¿Fuma?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Años	Cigarrillos por día
¿Uso de droga?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿En el pasado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 813-356-0196.

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):

James Alver, M.D.
Mark Baker, M.D.
Brian Cronson, M.D.
Angelo Paola, M.D.
Robert Karp, M.D.
Fernando Coste-Delvecchio, M.D.
Matthew Truesdale, M.D.

6043 Winthrop Commerce Ave., #201
 Riverview, FL 33567

129 S. Pebble Beach Blvd., Ste. 200
 Sun City Center, FL 33573

1601 Timberlane Dr., Ste. 500
 Plant City, FL 33567
 Fax: (813) 685-0968

Rudolph Acosta, M.D.
 12408 North 56th Street, Unit 1
 Tampa, FL 33617
 Fax: (813) 980-3106

Chandler Dora, M.D.
 2708 W St. Isabel Street
 Tampa, FL 33607

10141 Big Bend Road Suite #207
 Riverview, FL 33578
 Fax: (813) 870-1428

Mohamed Helal, M.D.
Raviender Bukkapatnam, M.D.
Mahit Sirohi, M.D.
Malcolm Root, M.D.
Howard Heidenberg, D.O.

3140 S. Falkenburg Rd., Suite #203
 Riverview, FL 33569
 Fax: (813) 620-9181

1 Davis Blvd., Suite #604
 Tampa, FL 33606
 Fax: (813) 258-3535

1209 West Swann Avenue
 Tampa, FL 33606
 Fax: (813) 253-2098

3743 Maryweather Lane
 Wesley Chapel, FL 33544
 Fax: (813) 607-4646

Alexander Engelman, M.D.
 601 S. Armenia Avenue
 Tampa, FL 33609
 Fax: (813) 353-8602

Tod Fusia, M.D.
 2803 W St. Isabel Street
 Tampa, FL 33607
 Fax: (813) 871-6139

Reid Graves, M.D.
Nicholas Laryngakis, M.D.
 830 Central Avenue #100
 St. Petersburg, FL 33701
 Fax: (727) 822-9211

David Hochberg, M.D.
Timothy Weber, M.D.
 2708 W. St. Isabel Street
 Tampa, FL 33607

4211 Van Dyke Rd. Ste 206
 Lutz, FL 33558
 Fax: (813) 879-2015

Frank Mastandrea, M.D.
 4710 N. Habana Ave., Suite #400
 Tampa, FL 33614
 Fax: (813) 872-7365

Oswaldo Padron, M.D.
Alonzo Alvarez, M.D.
 5913 Webb Road
 Tampa, FL 33609
 Fax: (813) 875-0188

Nombre del paciente _____ Firma _____ Fecha _____