

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Historial médico

Medicamentos: Enumere todos los medicamentos que está tomando actualmente incluyendo vitaminas, suplementos herbales y medicamentos de venta libre.

Medicamento	La dosis	Medicamento	La dosis

Alergiass:

Farmacia preferida: _____

Historia quirúrgica pasada:

Tipo de cirugía	Año

Hospitalizaciones recientes:

Fecha	Razón	Hospital

Historial medico personal (marque todos los que se aplican a usted)

- Anemia
 Asma, Enfisema
 infección de vejiga/rinón
 desorden hemorrágico
 Coágulo de sangre
 Sangre en la orina/heces
 Cáncer
 Diabetes
 Problemas de erección
 Gastrointestinal
 Cardiopatía
 Hepatitis
 Presión alta
 Incontinencia
 Piedras en el riñón
 Embarazos
 Cáncer de Próstata
 Apoplejía
 Problemas de micción

Otros problemas: _____

Vacunas

- Gripa Si No
 Neumonía Si No

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Correo electrónico: _____

Historia social:

Historia del uso del tabaco:

___ fumador corriente ___ Ex fumador ___ Nunca fumó

Historia del consume de alcohol:

___ Diario ___ Ocasional ___ ex ___ nunca

Historia clínica de la familia:

	Padre	Madre	Hermano	Hermana
Vivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Causa de muerte	_____	_____	_____	_____
EPOC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CVA/TIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de Próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de colon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer ovárico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piedras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	_____	_____	_____	_____

ROS

Constitucional	Si	No	Respiratoria	Si	No	ENTM	Si	No
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	Si	No	Gastrointestinal	Si	No	Musculoesquelético	Si	No
Dolor de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Constipación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nuevo dolor hueso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hematológicas	Si	No	Neurológico	Si	No	Inmunológico	Si	No
Contusión fácil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución de la sensación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergia al látex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitourinario	Si	No	Dolor	Si	No			
Incontinencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usted está experimentando dolor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Esta experiemntando otros sintomas hoy en dia? _____

Formulario de Liberación de Información Medica (HIPAA)

UROLOGY
SAN ANTONIO

Nombre del Paciente(Impreso)

Fecha de Nacimiento

Autorizo a Urology San Antonio a discutir y/o divulgar mi información medica protegida, incluyendo los resultados de laboratorios y las pruebas de tratamientos diagnostic con las siguientes personas:

Nombre de persona

relacion con el paciente

número de teléfono

Nombre de persona

relacion con el paciente

número de teléfono

Nombre de persona

relacion con el paciente

número de teléfono

No permito que divulgue mi información a nadie

Llamadas y Mensajes Telefonicos

Podemos ponernos en contacto con usted en casa? No Si, número: _____

Podemos ponernos en contacto con usted en el trabajo? No Si, número: _____

Podemos comunicarnos con usted en su telefono celular? No Si, número: _____

Si no podemos comunicarnos con usted, Urology San Antonio puede:

Dejar un mensaje detallado Dejar un Mensaje para devolver llamada

No puede dejar un mensaje

Reconozco que Urology San Antonio ha puesto a mi disposicion una copia de la Notificacion de practicas de privacidad(HIPAA). Este aviso describe com esta oficina puede usar y divulgar mi informacion de salud protegida. Yo entiendo que puedo obtener una copia complete a mi solicitud.

Esta liberacion de informacion permanecera en vigor hasta que sea terminada por el paciente por escrito.

Firma del Paciente

Fecha de Firma

Firma del Testigo

Fecha de Firma del Testigo

Solo para uso interno:

Patient Act # _____

UROLOGY

SAN ANTONIO

EVALUACION DE SÍNTOMAS URINARIOS (AUA SYMPTOM SCORE)

Nombre: _____ Fecha: _____

Haga un círculo en el número que aplica mejor a usted por cada pregunta.

	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ EN 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
1. VACIADO INCOMPLETO Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no se ha vaciado por complete al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. FRECUENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la que orinar otra vez menos de dos horas después de haber terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. INTERMITENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
4. URGENCIA Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
5. CHORRO DÉBIL Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
6. ESFUERZO Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
7. NOCTURIA Durante el último mes aproximadamente, ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levantó en la mañana?	0 VECES 0	1 VEZ 1	2 VECES 2	3 VECES 3	4 VECES 4	5 VECES O MÁS 5

Suma la puntuación de cada respuesta y anote el total en el espacio a la derecha.

SÍNTOMAS DE ACUERDO

A LA PUNTACIÓN OBTENIDA = 1-7 Leves 8-19 Moderados 20-35 Severos TOTAL _____

CALIDAD DE VIDA:

¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como le afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

ENCANTADO	FELIZ	MUY SATISFECHO	NEUTRAL	MUY INSATISFECHO	INFELIZ	TERRIBLE
0	1	2	3	4	5	6

Preguntas PQRS Al Paciente

Como parte de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (*Affordable Care Act*), el gobierno requiere que le hagamos las siguientes preguntas, muchas de las cuales no tienen nada que ver con su cuidado urológico. Si usted tiene un problema con cualquiera de estas preguntas, le recomendamos buscar tratamiento a través de su médico de atención primaria.

Apellido		Nombre	
Nombre de Urólogo		Fecha de Nacimiento	
Fecha de Hoy	____/____/____		

1. ¿Ha sido vacunado contra la neumonía?

Sí o No, si su respuesta es sí indique la fecha en la que recibió la vacuna ____/____/____

2. ¿Usted sufre de dolor en la parte baja de la espalda (lumbar)?

Sí o No, si su respuesta es sí indique si el dolor es: Leve Moderado o Severo

3. ¿Tiene algún problema cardíaco? ¿Toma aspirina todos los días?

Sí o No

Sí o No

4. ¿Ha tenido una colonoscopia en los últimos nueve años? Si su respuesta es sí indique la fecha en la que fue el procedimiento:

No o Sí he tenido una colonoscopia en los últimos nueve años. Fecha ____ / ____ / ____

5. ¿Utiliza tabaco actualmente? ¿Alguna vez ha usado tabaco?

Sí o No

Sí o No

Esto incluye el tabaco sin humo, así como cigarros y cigarrillos. Si usted fue un consumidor de tabaco anteriormente cuando lo dejó? _____

6. ¿Tiene diabetes? Si su respuesta es si, recibe usted insulina, sigue una dieta o recibe medicamentos? (Circule toda respuesta aplicable a su caso)

Sí o No

7. ¿Tiene la presión arterial alta?

Sí o No

Las páginas siguientes son sólo para su información . Por favor, tómese su tiempo para leer, y estar preparado para firmar las declaraciones de consentimiento correspondientes al llegar a su cita.

UROLOGY

SAN ANTONIO

DECLARACIONES DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

REV. 11/12/2015

Consentimiento Para Tratamiento

Solicito y autorizo el tratamiento médico y/o quirúrgico, según se considere necesario y apropiado por el médico y las personas designadas por él que están participando en mis cuidados de salud. Deberán informarme los posibles riesgos y beneficios de cualquiera de los procedimientos. Los cuidados de salud podrían incluir diagnóstico, procedimientos de radiología y laboratorio, procedimientos terapéuticos, incluyendo procedimientos menores tales como cistoscopias (mediante el uso de un cistoscopio para examinar la vejiga), administración de fármacos, cuidados hospitalarios y referencia médica apropiada para suministros médicos, lo que incluye empresas en las que mi proveedor podría ser inversionista.

Derecho A Rechazar El Tratamiento

Al dar mi consentimiento general para el tratamiento, entiendo que conservo el derecho de rechazar cualquier particular, examen, prueba, procedimiento, tratamiento, terapia o medicación recomendada o se considere necesario por razones médicas por mis proveedores de atención médica.

Me doy cuenta de que tengo el derecho a la participación informada en todas las decisiones que involucren mis cuidados de salud. Reconozco que no se podrá dar garantía alguna con respecto a la efectividad de un tratamiento en particular.

Consentimiento De Política Financiera

Se le notifica que la información sobre elegibilidad y prestaciones (beneficios) que suministró su seguro es sólo una aproximación y no constituye una garantía de pago. Las prestaciones (beneficios) reales están sujetas a todos los términos, definiciones, limitaciones y exclusiones del plan en vigencia a la fecha del servicio. Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment enviará la factura a su aseguradora por los servicios prestados por nuestros proveedores de atención médica en nuestros centros médicos; no obstante, es responsabilidad del paciente pagar por todos y cada uno de los servicios prestados. Verifique la participación con su aseguradora antes de programar cuidados de diagnóstico, complementarios o especializados, que se llevan a cabo fuera de Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment. Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment no es responsable de verificar las prestaciones (beneficios) de hospitales, anestesia u otros servicios o instalaciones complementarias externas.

Consentimiento Para Comunicaciones Confidenciales

Por medio de la presente, autorizo a Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment a proporcionar información a las compañías de seguros con respecto a mi enfermedad y tratamiento y, además, asigno al proveedor de servicios de atención médica todos los pagos por concepto de los servicios médicos prestados a mi persona o a mis dependientes. Entiendo que Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment podría usar dispositivos de comunicación electrónica o fax para compartir mi información con otros proveedores de servicios de atención médica, terceros responsables de los pagos u otros establecimientos involucrados en mis cuidados. Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment podría dejar un correo de voz identificándome como paciente de Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment. (Si no quiere que le dejemos un correo de voz, háganoslo saber). Entienda que el uso de tecnologías de comunicación podría acelerar su atención. Urology San Antonio / Dr. Johnny Reyna Center for Cancer Treatment no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización, excepto según se describe en el Aviso de procedimientos de privacidad.

Firma del paciente o tutor

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Firma del testigo

Fecha

Nombre del testigo

UROLOGY

SAN ANTONIO

AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

REV. 11/12/2015

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a dicha información. Favor de revisarla con detenimiento.

Urology San Antonio utiliza su información médica para tratamiento, para obtener el pago del tratamiento, con fines administrativos y para evaluar la calidad de los cuidados que recibe. Su información médica se encuentra en un expediente médico que es propiedad física de Urology San Antonio.

Nuestras responsabilidades: Urology San Antonio está obligado por ley a mantener la privacidad de su información médica, proporcionarle una descripción de nuestros procedimientos de privacidad y notificarle cuando se haya infringido la seguridad de la información médica confidencial. Urology San Antonio cumplirá con los términos de este aviso.

De qué manera Urology San Antonio podría usar o divulgar su información médica: Las siguientes categorías describen ejemplos de la manera en que usamos y divulgamos la información médica.

Para el tratamiento: Urology San Antonio podría usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Por ejemplo, la información obtenida por un proveedor de cuidados de salud, como un médico, un enfermero u otra persona que le brinde servicios médicos, se registrará en su expediente que se relaciona con su tratamiento. Esta información es necesaria para que los proveedores de cuidados de salud determinen qué tratamiento debe recibir. Los proveedores de cuidados de salud también registrarán las medidas que toman en el transcurso de su tratamiento y anotarán cómo responde usted a ellas. Urology San Antonio podría usar su información médica al referirle a otros profesionales y centros de cuidados de salud.

Para el pago: Urology San Antonio podría usar y divulgar su información médica a otros con el fin de recibir el pago del tratamiento y los servicios que se le brindan. Por ejemplo, se le podría enviar una factura a usted o a un tercero responsable del pago, como una compañía de seguro o un plan de salud. La información en la factura podría contener datos que le identifican, su diagnóstico y tratamiento o los artículos médicos utilizados en el transcurso del tratamiento. Urology San Antonio podría usar su información para comunicarse con usted por saldos en la cuenta.

Para operaciones de cuidados de salud: Urology San Antonio podría usar y divulgar su información médica con fines operativos. Por ejemplo, su información médica podría divulgarse a los miembros del personal médico, al personal de mejoramiento de calidad o evaluación de riesgos y a otras personas para:

- evaluar el desempeño de nuestro personal;
- evaluar la calidad de los cuidados y los resultados en su caso o en casos similares;
- aprender cómo mejorar nuestras instalaciones y servicios;
- determinar cómo mejorar la calidad y la eficacia de los cuidados de salud que prestamos.

Recordatorios de citas y llamadas sobre tratamientos: Urology San Antonio podría comunicarse con usted para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre los planes de tratamiento, medicamentos o resultados de pruebas y otros beneficios y servicios relacionados con la salud que podrían interesarle. Si dejamos un mensaje de voz, Urology San Antonio proporcionará el nombre del médico, la persona que llama y el número de teléfono/extensión.

Notificación: Urology San Antonio podría usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar nuestra ubicación y su condición general a un familiar, un representante personal o a otra persona responsable de sus cuidados.

Para comunicarse con familiares: Los profesionales médicos de Urology San Antonio, utilizando su mejor criterio, podrían divulgarle a un familiar, pariente, amigo personal cercano o a cualquier persona que usted identifique, información médica pertinente a la participación de esa persona en sus cuidados o el pago relacionado con sus cuidados.

Compañías asociadas: En algunos casos, Urology San Antonio contrata a compañías asociadas para que brinden servicios en su nombre. Un ejemplo incluye arreglos que Urology San Antonio tiene con compañías asociadas para servicios de cobranza. Urology San Antonio podría divulgar su información médica a dichas compañías asociadas con el fin de que puedan realizar sus respectivas funciones de trabajo. Sin embargo, para proteger su información médica, Urology San Antonio exige a la compañía asociada que proteja su información.

Según lo exigido por la ley: Urology San Antonio podría usar y divulgar su información según lo exigido por la ley. Por ejemplo, Urology San Antonio podría divulgar información para los siguientes fines.

- Para procedimientos judiciales y administrativos de conformidad con las autoridades legales
- Para reportar información relacionada con víctimas de abuso, negligencia o violencia doméstica
- Para colaborar con los agentes encargados de hacer cumplir la ley en sus tareas

Según lo permitido por la ley: Urology San Antonio también podría divulgar información médica a los siguientes tipos de entidades, incluidas, entre otras:

- La Administración de Alimentos y Fármacos (FDA, por sus siglas en inglés)
- Las autoridades legales o de salud pública encargadas de la prevención o control de enfermedades, lesiones o discapacidades
- Instituciones penitenciarias
- Agentes de indemnización laboral
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos

- Autoridades militares
- Agencia de supervisión de la salud
- Directores de funerarias y médicos forenses
- Agencias nacionales de seguridad e inteligencia
- Servicios de protección del presidente y demás
- Una persona o personas capaces de prevenir o disminuir una amenaza grave para la salud o la seguridad

Investigaciones: Urology San Antonio podría usar su información médica para ayudar a desarrollar nuevos conocimientos y mejorar la atención médica. Urology San Antonio podría usar o divulgar información médica para estudios de investigación, pero sólo cuando éstos cumplan con todos los requisitos federales y estatales de protección de su privacidad (como el uso únicamente de datos anónimos siempre que sea posible). Urology San Antonio podría usar información para comunicarse con usted a fin de determinar su interés en el estudio de investigación o los ensayos clínicos.

Certificación de la junta médica: Urology San Antonio podría usar su información médica para presentarla ante la junta de certificación profesional para los fines requeridos para la calificación de médicos a fin de que completen su examen de la junta de especialidad.

Salud y seguridad: Se podría divulgar su información médica para evitar una amenaza grave a su salud o seguridad o las de otras personas según la ley aplicable.

Recaudación de fondos: Urology San Antonio podría comunicarse con usted para recaudar fondos para la institución; sin embargo, usted tiene derecho a elegir no recibir tales comunicaciones.

Con fines de mercadotecnia: Urology San Antonio podría comunicarse con usted para pedirle permiso para publicar o filmar sus resultados médicos a fin de desarrollar nuevos conocimientos, mejorar la atención médica e informar a los pacientes. El paciente completará una autorización antes de que se divulgue cualquier información médica.

Entidad afiliada cubierta: La información médica protegida estará disponible al personal de la institución en instalaciones afiliadas locales según se necesite para realizar el tratamiento, pago y operaciones de cuidados de salud. Los proveedores de cuidados en otras instalaciones podrían tener acceso a información médica confidencial en sus instalaciones con el fin de ayudar a revisar información sobre tratamientos previos que podrían afectar el tratamiento actual. Comuníquese con el funcionario de privacidad de la institución para obtener más información sobre los lugares específicos incluidos en esta entidad afiliada cubierta.

Intercambio de información médica/Organización regional de información médica: Las leyes federales y estatales podrían permitir que Urology San Antonio participara en organizaciones con otros proveedores de cuidados de salud, aseguradoras y/ u otros participantes de la industria de cuidados de salud y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan su información médica mutuamente a fin de alcanzar metas que pueden incluir, entre otras, mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de sus expedientes médicos, disminuir el tiempo necesario para obtener acceso a su información, agregar y comparar su información para el mejoramiento de la calidad y otros fines que la ley permita.

Derechos relacionados con su información médica

Usted tiene derecho de:

- solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información;
- solicitar la divulgación de información sobre cuidados a una aseguradora si el individuo pagó íntegramente de su bolsillo;
- obtener una copia impresa del aviso de los procedimientos de información, si la solicita;
- inspeccionar y obtener una copia de su expediente médico, incluyendo, entre otros, solicitar copias electrónicas de la información en formato electrónico;
- solicitar que se enmiende su expediente médico;
- solicitar la comunicación de su información médica por medios alternativos o en sitios alternativos;
- recibir un informe de las divulgaciones realizadas de su información médica.

Obligaciones de Urology San Antonio

Urology San Antonio está obligado a:

- mantener la privacidad de la información médica confidencial;
- proporcionarle este aviso de sus obligaciones legales y procedimientos de privacidad con respecto a su información médica;
- cumplir con los términos de este aviso;
- notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada respecto al uso o la divulgación de su información;
- cumplir con las peticiones razonables de comunicarle la información médica por medios alternativos o en sitios alternativos.

Quejas

Puede presentar una queja ante Urology San Antonio y el Departamento de Salud y Recursos Humanos si cree que sus derechos relacionados con la privacidad se han infringido. No sufrirá represalias por presentar una queja.

Cambios a esta política

Urology San Antonio se reserva el derecho de cambiar sus procedimientos de información y elaborar nuevas disposiciones eficaces para toda la información médica confidencial que mantiene. Los avisos modificados estarán disponibles en nuestro sitio web www.urologysanantonio.com o se le entregarán si los solicita en su próxima visita a nuestro consultorio.

Información de contacto

Si tiene preguntas o quejas, comuníquese con Alan Winkler, Director Ejecutivo
 Urology San Antonio
 7909 Fredericksburg Rd., Suite 110, San Antonio, TX 78229
 (210) 731-2050