

Historial Médico de Paciente

UROLOGY
SAN ANTONIO

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Correo electrónico:

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

Medicamento	La dosis

Medicamento	La dosis

Alergias: Anote cualquier alergia médica o ambiental que tenga. ☐ Ninguno

Farmacia Preferida

Nombre:

la dirección:

Historial Medico Marque todos los que se aplican a usted

- | | | | | |
|---|---|---|--|--------------------------------|
| ☐ Anemia | ☐ Enfermedad renal crónica | ☐ Enfisema | ☐ Piedras en el riñón | ☐ Otro: |
| ☐ Ansiedad | ☐ Cirrosis | ☐ Cardiopatía_____ | ☐ Obesidad | ☐ |
| ☐ Asma | ☐ COPD | ☐ Hepatitis_____ | ☐ Parkinson's | ☐ |
| ☐ Desorden Hemorrágico | ☐ Demencia/Alzheimer | ☐ Presión Alta | ☐ PTSD | ☐ |
| ☐ Sangre en la Orina/Heces | ☐ Depresión | ☐ Colesterol alto | ☐ Apnea del Sueño | ☐ |
| ☐ Cáncer_____ | ☐ Diabetes | ☐ HIV | ☐ Derrame cerebral | ☐ |

Vacunas ☐ Gripe ☐ Neumonía ☐ COVID-19

Cirugías/Hospitalizaciones: Anote todas cirugías y hospitalizaciones recientes

Tipo de cirugía	Año	Hospitalizaciones recientes - Razón	Año

Historia social:

Historia del uso del tabaco: ☐ Nunca ☐ Ex fumador: Fecha de salida _____ ☐ Fumador actual: paquetes por día _____ uso del año _____

Uso de alcohol: ☐ Nunca ☐ Sí: Bebidas por día _____ Semana _____ Mes _____

Uso de drogas recreativas: ☐ Nunca ☐ Sí: Tipo _____

Ocupación: _____ **Plan de cuidados avanzados:** ☐ Sí (documentado) ☐ Sí (no documentado) ☐ No

Tiene un poder notarial?: ☐ No ☐ Sí (por favor liste los nombres) _____

Llenado por el asistente médico

Height	Weight	Blood Pressure*	Pulse	Temperature	PVR

*☐ Physician notified of elevated blood pressure (> 190/90)

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

Sume 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

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 # _____

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.

Declaraciones de Consentimiento del Paciente

UROLOGY
SAN ANTONIO

Consentimiento Para Tratamiento

Yo solicito y autorizo tratamiento médicos y quirúrgicos que se consideren necesarios y apropiados por el médico y las personas designadas que participan directamente en mi cuidado. Los riesgos y las ventajas de cual que procedimiento serán comunicados conmigo. Este cuidado puede incluir exámenes diagnósticos, radiología y procedimientos de laboratorio, procedimientos terapéuticos, incluyendo procedimientos menor como cistoscopias (un examen en el cual se introduce un tubo flexible para observa dentro de la vejiga), administración de medicamentos, servicio hospitalario y referencias médicamente apropiadas para suministros médicos incluyendo compañías en cual mi medico puede ser un inversor.

Derecho A Rechazar El Tratamiento

Al dar mi general consentimiento a tratamiento yo entiendo que conserve el derecho a rechazar cualquier examen, procedimiento, tratamiento, terapéutico o medicamento recomendado o médicamente necesario por un médico.

También entiendo que Urology San Antonio utiliza proveedores no medicos incluyendo enfermeros de práctica especializada y asistente medicos para ayudar en el cuidado urológico. Un proveedor no medico ha recibido formación y cursos de enseñanza avanzada en la provision de cuidados. Un proveedor no medico puede diagnosticar, tratar, y vigilar enfermedades agudos y crónicos así como proporcionar mantenimiento de la salud. Entiendo que en cualquier momento, puedo rechazar consentimiento de los servicios de proveedores no medicos y solicitar ver un médico.

Yo comprendo que tengo el derecho a participación informada en todas las decisiones acerca de mi cuidado médico. Reconozco que no hay garantías sobre la efectividad de los tratamientos.

Responsabilidad financiera

La información sobre seguros y beneficios proporcionio por su compañía de seguro determinará su cobertura y reemboslos estimados por los servicios medicos proporcionados por Urology San Antonio. Referencias con proveedores externos pueden incluir pero no se limitan a servicios de laboratorio y otros auxiliares, servicios quirúrgicos y de anestesia necesaria para la provision de su cuidado. Los pacientes son responsables por el pago de cargos.

Pacientes que no tienen seguro de salud se le hará una estimación del coste basado en los ordines de su proveedor. El precio presupuestado en la fecha de servicio es solo un estimado de los cargos por servicios. Procedimientos, exámenes de laboratorio y exámenes de diagnóstico no podran ser incluidos en la estimación original y permanecerá responsabilidad del paciente:

Yo acepto que soy responsable financieramente de todos los servicios que se presten en mi nombre por los cargos asociados. Yo acepto responsabilidad personal de pagar el resto de los cargos, co-pagos/coseguro, deducible, y servicios no cubiertos fijados por su compañía de seguro.

Reconozco que servicios pueden ser prestados por Urology San Antonio que tal vez no estén cubiertos por mi plan de seguro que yo sigo completamente responsable por los pagos de estos servicios. Estos pueden incluir, pero no se limita a, servicios prestados por Urology San Antonio que son exclusions de los beneficios de mi seguro; la determinación será manejada por me seguro que no soy tomador del seguro bajo el plan de seguro que proporcionó; falta de prestación precisa y actual tarjetas del seguro.

Yo acepto recibir servicios medicos prestados por Urology San Antonio. Como un paciente de Paga de ser y acepto completamente responsabilidad por los cargos de los servicios prestados. El precio presupuestado en la fecha de servicio es solo una estimación. Yo entiendo que caulquier balanza de pagos es completamente mi responsabilidad.

Consentimiento de contacto

Yo autorizo y doy consentimiento a Urology San Antonio, sus representas, y sus agentes externos para utilizar toda la información contacto que yo ha proporcionado en los esfuerzos para contactarme en lo relativo a mi cuenta, incluyendo cobro de deudas, por una persona viva o sistema automatizado. Esto incluye, pero no está limitado a, teléfono de casa, teléfono celular, teléfono del trabajo, y cualquier forma de Comunicaciones digitales incluyendo pero no está limitado a métodos manual de llamadas, mensajes orales pregrabados o artificial, mensajes de texto, mensajes electrónicos, o un sistema automático.

Política de Ausencias

Entiendo que se aplicará un cargo de \$25 por cada cita perdida (“no-show”), y que si no asisto a tres (3) citas programadas dentro de un período de 12 meses, puedo estar sujeto a la terminación de mi relación con la práctica. Reconozco que este cargo no se puede facturar al seguro y que es mi responsabilidad personal pagarlo antes de reprogramar cualquier cita.

Consentimiento de Comunicaciones Confidenciales

Yo por este medio, autorizo a Urology San Antonio a dar mi información sobre mi enfermedad y tratamiento a mi compañía de seguro y por este medio asigno todos los pagos de servicio medicos rendidos a yo mismo o a mis dependientes al proveedor médico. Entiendo que Urology San Antonio podrá usar dispositivos electrónicos o facsimiles para compartir información sobre mí con otros proveedores de salud, terceros pagadores, o otras instituciones que intervienen en mi cuidado. Urology San Antonio puede dejar mensaje de voz identificando me como un paciente. (Por favor, notifiquenos si no desea recibir un mensaje de voz.) Por favor, tenga en cuenta que el uso de la tecnología comunicación puede acelerar su cuidado. Urology San Antonio no usara or divulgará su información médica sin su autorización excepto como se describe en el Aviso de las Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente (impresión)

Firma del paciente

Fecha

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