



Medico con quien tiene su cita hoy: _____

Datos demográficos del paciente

Nombre: _____	Número de SS: _____	
Dirección: _____	Ciudad: _____	
Estado: _____	CP: _____	No. de la casa: _____
No. Celular: _____	Trabajo: _____	Sexo: (M) o (F) Fecha de nacimiento _____
Correo electrónico: _____	Comp de empleo: _____	
Dirección del Comp de empleo _____		
Por favor elija una categoría:		
Raza: ___ Asiático ___ Hawaiana nativa ___ Otras islas del Pacífico ___ Afroamericana ___ Blanco ___ Indio Americano / Nativo de Alaska ___ Más de una raza ___ No reportado / Se negó a informar		
Origen Étnico: ___ hispano / latino ___ no hispano latino ___ no reportado / se negó a informar		
Idioma preferido: _____		
Estado civil: _____	Nombre del Cónyuge: _____	Cónyuge DOB: _____
No.de SS del cónyuge: _____	Empleador del cónyuge: _____	
Contacto de emergencia: Nombre & Tel: _____		

Médico de referencia

Médico de referencia: _____	Médico de atención primaria: _____
Otros Médicos que lo atienden: _____	

Aseguranza Medica

<u>Seguro Primario:</u>	<u>Seguro Secundario:</u>
Nombre de aseguranza medica _____	Nombre de aseguranza medica _____
Núm. De póliza: _____	Núm. De póliza: _____
Número de grupo: _____	Número de grupo: _____
Nombre del suscriptor: _____	Nombre del suscriptor: _____
Fecha de nacimiento del suscriptor: _____	Fecha de nacimiento del suscriptor: _____
Relación con el suscriptor: _____	Relación con el suscriptor: _____

Pólizas Financieras

Por favor ponga sus iniciales en cada línea:

_____ Las citas de oficina canceladas con menos de 24 horas de anticipación están sujetas a un cargo de cancelación de \$25.00, y las cancelaciones de procedimientos sin aviso de 5 días hábiles están sujetas a una tarifa de cancelación de \$50.00 Las tarifas de cancelación y No Show son responsabilidad exclusiva del paciente y deben pagarse en su totalidad antes de la próxima cita del paciente. Las tarifas pueden ser eximidas solo por aprobación de la gerencia.

_____ Como cortesía, Las Vegas Urology verifica los beneficios con su compañía de seguros. Una cotización de beneficios no es una garantía de cobertura o pago. El pago de los servicios se debe realizar al momento del servicio, a menos que se realicen otros arreglos financieros por adelantado. Usted es responsable de todos los cargos incurridos. Le recomendamos que se ponga en contacto con su compañía de seguros y verifique los beneficios de su plan.

Este formulario debe completarse para que nosotros facturemos su seguro. De lo contrario, usted será responsable de toda la facturación del seguro.

Asignación de beneficios de seguro: por la presente autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al médico la cantidad debida en mi reclamo por los servicios prestados a mi dependiente o a mí. El pago de co-pay y deducibles se requiere en el momento en que se prestan los servicios. Además, estoy de acuerdo en que, si la cantidad es insuficiente para cubrir todo el gasto médico y / o quirúrgico, seré responsable del pago de la diferencia; y si la naturaleza de la discapacidad fuera tal que no esté cubierta por la póliza, seré responsable ante el médico del pago de toda la factura.

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____



Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Fecha de hoy: _____

Perfil Medico

Altura: _____ Peso: _____

Alergias: _____

Si no hay, por favor marque aquí: _____

Medicamentos:

Medicamentos que toma actualmente

<u>Nombre del medicamento</u>	<u>Dosis</u>	<u>Frecuencia</u>

Si actualmente no está tomando algún medicamento, marque aquí: _____

Historial Quirúrgico:

Por favor liste todas las cirugías incluyendo fechas

Si no hay, por favor marque aquí: _____

Historial médico:

Verifique todas las condiciones médicas por la cual está bajo el cuidado de un médico:

	Anemia / Trastorno de Sangre		Diverticulosis		Hipertensión
	Asma		Enfisema		Hígado (Cirrosis / Hepatitis)
	Fibrilación Auricular		Enfermedad de la vesícula biliar		Accidente cerebrovascular
	Colitis/Ulceras		Glaucoma		Enfermedad De La Tiroides
	Diabetes Mellitus		Insuficiencia cardíaca		Cáncer; por favor especifique el sitio de origen: _____



Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento _____

Fecha de hoy: _____

Historia de Urología:

Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar o Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	Cambios en la frecuencia urinaria- de incontinencia	<input type="checkbox"/>	Cambios en la orina
<input type="checkbox"/>	Infecciones crónicas del tracto urinario problemas con erecciones	<input type="checkbox"/>	Problema con erecciones
<input type="checkbox"/>	PSA elevado, indique la fecha: _____ Despertar por la noche para orinar _____	<input type="checkbox"/>	Despierta en la noche para orinar _____ Cuántas veces _____
<input type="checkbox"/>	Historial de cáncer urológico En caso afirmativo, indique el sitio: _____ Historial de cálculos renales _____	<input type="checkbox"/>	Historia Piedras Renales _____ Historia de Cáncer _____
<input type="checkbox"/>	Otro (especificar): _____	<input type="checkbox"/>	

Historia familiar:

Por favor liste las condiciones crónicas médicas presentes en su familia:

Madre	Padre	Hermanos y Hermanas

Historia Social:

Marque todo lo que corresponda

Estado civil: ___ Casado ___ Soltero ___ Divorciado

Fuma: ___ Nunca ___ Socialmente ___ Sí ___ Paquetes por día _____

Alcohol: ___ Nunca ___ Socialmente ___ Sí ___ Cantidad _____

Bebidas con cafeína: _____ por día

Transfusión de sangre: ___ Sí ___ No

Sistemas:

Marque todo lo que corresponda:

<input type="checkbox"/>	Pérdida de peso reciente	<input type="checkbox"/>	Sudor en las noches	<input type="checkbox"/>	Escalofríos
<input type="checkbox"/>	Crisis de convulsiones epilépticas	<input type="checkbox"/>	Dolor de cabeza	<input type="checkbox"/>	Cambio en la sensación
<input type="checkbox"/>	Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	Doble visión	<input type="checkbox"/>	Cambio en la agudeza
<input type="checkbox"/>	Sed excesiva	<input type="checkbox"/>	Fatiga	<input type="checkbox"/>	Sofocos
<input type="checkbox"/>	Excremento sangrado	<input type="checkbox"/>	Excremento Negro	<input type="checkbox"/>	Diarreas
<input type="checkbox"/>	Dolor en el pecho	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	Dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	Inflamaciones cianosis	<input type="checkbox"/>	Erupción en la piel	<input type="checkbox"/>	Comezón
<input type="checkbox"/>	Dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/>	Disminución de movimiento	<input type="checkbox"/>	Tos - recientes
<input type="checkbox"/>	Tos- con sangre	<input type="checkbox"/>	Falta de aire	<input type="checkbox"/>	Palidez
<input type="checkbox"/>	Debilidad	<input type="checkbox"/>	Moretes	<input type="checkbox"/>	Depresiones
<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	Ideas de suicidio	<input type="checkbox"/>	Atentos de suicidio

Razón de la visita: Indique por qué está viendo al urólogo y sus síntomas actuales:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Fecha de hoy: _____

Pruebas de diagnóstico que se ha hecho relacionadas con esta visita:

Indique si ha tenido alguna prueba de diagnóstico (es decir, laboratorios, imágenes, etc.) relacionada con esta visita.
 Enumere las instalaciones y las pruebas a continuación:

Puntuación internacional de síntomas de evacuación:

Por favor responda las preguntas a continuación con una clasificación de sus síntomas. De ningún modo.	Nunca 0	Menos de la mitad del 1 -5 1	Aproximadamente la mitad del tiempo. 2	Como la mitad del tiempo 3	Mas de la mitad del tiempo 4	Casi siempre 5
<u>Vaciado incompleto</u> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
<u>Frecuencia</u> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que orinar de nuevo después de dos horas de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<u>Intermitencia</u> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se detuvo y comenzó de nuevo varias veces al orinar?	0	1	2	3	4	5
<u>Urgencia</u> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha resultado difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
<u>Flujo urinario débil</u> Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
<u>Dificultad</u> Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
<u>Nocturia/En la noche</u> Durante el último mes, ¿cuántas veces se levantó para orinar. ¿Desde que se acostó por la noche hasta que se levantó por la mañana?	0	1	2	3	4	5
<u>Calidad de vida por síntomas urinarios.</u> Si tuviera que pasar el resto de su vida con su afección urinaria tal como está ahora, ¿cómo se sentiría al respecto?	Encantado 0	Contento 1	Casi satisfecho 2	Sin respuesta 3	Triste 4	Terriblemente 5

Farmacia preferida:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Domicilio de la Farmacia: _____

Por la presente autorizo la prescripción electrónica. Esta autorización continuará y estará en plena vigencia hasta que sea revocada por escrito por mí.

Firma del paciente: _____ Fecha de hoy: _____



AUTHORIZACION DE INFORMACION MEDICA

FECHA: _____

URGENCIA ()

ESTOS EXPEDIENTES VAN PARA: _____

Fax #: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento _____

Domicilio del Paciente: _____

SU NUMERO DE SEGURO SOICAL: _____

PORFAVOR MANDAR:

() TODO EL EXPEDIENTE () SOLO-LABORATORIO () SOLO- RADIOLOGIA () TODAS LAS CONSULTAS DE ESPECIALISTA

PARA LA OFICNE QUE VAN LOS DOCUMENTOS:

POR FAVOR ELIGA LA OFFICINA PAR QUE RECIVAN SU RECORDS (X)

Jeffrey Zapinsky, MD & William Wise, MD 7200 Cathedral Rock Dr Ste 180 Las Vegas, NV 89128 Phone (702)341-9000 Fax (702)341-5864	Vijay Goli, MD 7200 Cathedral Rock Dr. Suite 210 Las Vegas, NV 89128 Phone (702) 909-7000 Fax (702)776-6788
Steven Kurtz, MD, O. Alex Lesani, MD & Lawrence H. Newman, MD 7150 W. Sunset Rd. Suite 201A Las Vegas, NV 89113 Phone (702) 385-4342 Fax (702) 385-4346	Vijay Goli, MD 7150 W. Sunset Rd. Suite 202B Las Vegas, NV 89113 Phone (702) 909-7000 Fax (702)776-6788
Jeffrey Zapinsky, MD, William Wise, MD, Ilya Gorbachinsky, MD & Casey McCraw, MD 8915 S. Pecos Suite 19A Henderson, NV 89074 Phone (702) 341-9000 Fax (702) 563-2937	Victor Grigoriev, MD, Steven Kurtz, MD & Joseph Candela, MD, Guillermo E. Patino, DO 7500 Smoke Ranch Rd Ste 200 Las Vegas, NV 89128 Phone (702) 233-0727 Fax (702) 233-4799
William Steinkohl, MD 1701 N. Green Valley Pkwy Building/Suite 10C Henderson, NV 89074 Phone (702) 896-9600 Fax (702) 896-9606	Scott Baranoff, MD & R. David Larsen, MD 9053 S. Pecos Rd. Suite 2900 Las Vegas, NV 89074 Phone (702) 735-8000 Fax (702) 735-4795

Firma Del Paciente _____ **Fecha:** _____

Registro del paciente divulgaciones y autorización para la divulgar información médica protegida

La regla de privacidad de **HIPPA** otorga a las personas el derecho de solicitar una restricción de uso y divulgación de su informante de salud protegido (PHI). También se le otorga al individuo el derecho a solicitar una comunicación confidencial o que una comunicación de PHI puede ser por medios alternativos, como enviar correspondencia a la oficina del individuo en lugar de a su hogar.

1. Las reglas de privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica tomen medidas razonables para limitar el uso de la divulgación y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito previsto. Las disposiciones no se aplican a los usos o divulgaciones realizadas de conformidad con una solicitud de autorización por parte de la persona.
2. Las entidades de atención médica deben mantener registros de las revelaciones de PHI. La información proporcionada a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registro adecuado.
3. Los usos y las divulgaciones para TYP (Tratamiento, Pago u Operaciones) pueden permitirse sin consentimiento previo en una emergencia.

Este formulario autoriza la divulgación de información de salud protegida de conformidad con 45 CFR Partes 106 y 164.

1. El suscrito autoriza a los proveedores de Urología de Las Vegas a divulgar el contenido de los registros médicos a mi compañía de seguros con el propósito de facturar y recopilar según lo solicitado. El abajo firmante reconoce que sin esta autorización, Las Vegas Urology no podrá facturar ni cobrar a la compañía de seguros del paciente.
2. La información puede ser divulgada por empleados o socios comerciales de Las Vegas Urology.
3. La información del registro médico también se puede divulgar a _____. (Ingrese el nombre de la persona o personas a quienes también se puede divulgar la información médica).
4. Reconozco que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento, y entiendo que una vez que la información se divulgue, es posible que ya no esté protegida por la Ley Federal de Privacidad.

Esta autorización permanecerá en vigencia hasta que sea terminada por escrito por el paciente abajo firmante.

Puede revocar esta autorización solo por escrito y enviarse por correo certificado a Urología de Las Vegas. La revocación será efectiva solo a partir de la recepción, excepto (1) en la medida en que Las Vegas Urology haya actuado en virtud de la autorización, o (2) la autorización se obtuvo como condición para obtener la cobertura del seguro y la aseguradora desea utilizar la Información médica protegida para impugnar legalmente el reclamo.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha

Firma del tutor, si corresponde

Fecha

Acuerdo de Consentimiento y Manejo de Opioids (Narcoticos)

Este consentimiento y acuerdo para tratamiento entre el paciente y el prescriptor en Las Vegas Urology, es para establecer condiciones claras y consentir la prescripción y uso de medicamentos narcóticos para controlar el dolor u otras sustancias controladas prescritas por el proveedor de cuidado de la salud a su paciente.

Estos medicamentos están siendo prescritas solo para controlar el dolor. Junto con estos medicamentos, otros cuidados médicos pueden ser prescritos para mejorar la habilidad de hacer actividades diarias. Esto puede incluir ejercicio, uso de medicina no narcóticos como (acetaminofén, ibuprofeno, etc.), terapia física, evaluación/consejo psicológico, manejo de peso, clases de manejo de dolor, u otros beneficios terapéuticos para tratamiento.

El paciente está de acuerdo y acepta las siguientes condiciones para el manejo de medicamentos para controlar el dolor prescritos por el Médico/Asistente Médico del paciente. Incumplimiento con las condiciones en este acuerdo puede resultar en discontinuación del medicamento y posiblemente terminación de la relación entre el prescriptor y el paciente.

Yo entiendo que la reducción en la intensidad de mi dolor y mejoramiento de las funciones en mi vida diaria son objetivos de este programa. Si hay evidencia de que estos objetivos no se están cumpliendo con el uso de medicamentos de dolor, yo entiendo que las medicinas serán lentamente disminuidos o discontinuados.

1. Tengo que cumplir con las siguientes indicaciones:
 - a. Tomare los medicamentos en la dosis y frecuencia prescrito.
 - b. No darán rellenos de medicamento anticipados.
 - c. No intentare conseguir medicamentos narcóticos por medio de otro proveedor de cuidado de la salud.
 - d. Obtendré todos los medicamentos de una sola farmacia.
 - e. Doy mi consentimiento a pruebas de detección de drogas a la petición de mi médico. Resultados inesperados puede resultar en cambios o discontinuación de mis medicamentos.
 - f. Doy mi consentimiento de traer todos mis medicamentos de dolor a la oficina para ser contado si es pedido.
 - g. No compartiré, negociare, ni venderé mis medicamentos por dinero, bienes, o servicios. Entiendo que estas son ofensas enjuiciables y pueden ser reportadas a las autoridades.
 - h. Si mi medicamento se pierde o es robada una reevaluación de mi capacidad de continuar estos medicamentos será realizada.
 - i. Estoy obligado a mantener informado a mi médico de todos los medicamentos que estoy tomado.
 - j. He sido informado de las formas correctas de uso, almacenamiento, y eliminación de los medicamentos narcóticos.

2. Entiendo que pedidos para rellenar mi medicamento tienen que ser dirigidos a mi médico durante una cita programada. No iré a la oficina sin una cita programada y entiendo que sin cita mi médico no me va a ver y no me darán rellenos. Rellenos no se darán en las noches, fines de semana, y días feriados.

3. Entiendo que los efectos a largo plazo de la terapia de narcóticos no han sido determinados científicamente y tratamiento puede cambiar durante mi tiempo como paciente. Entiendo, acepto, y estoy de acuerdo que hay riesgos desconocidos asociado con el uso de largo plazo de narcóticos. Mi médico me avisará mientras el conocimiento y entrenamientos avancen y hará cambios necesarios a mi tratamiento.
 - a. En mujeres de edad fértil, entiendo que los narcóticos pueden tener varios efectos a corto y largo plazo en un feto que incluye, pero no se limita a, síndrome de retiro neonatal y varios defectos de nacimiento.
 - b. Entiendo que todos los medicamentos potencialmente tienen efectos secundarios. Para medicamentos de dolor narcóticos esto incluye, pero no se limita a, adicción, dependencia física, dependencia química, estreñimiento que puede ser tan severo que podría requerir tratamiento médico, dificultad al orinar, somnolencia, deterioro cognitivo, náusea, picor, respiración disminuido, función sexual disminuido, efectos adversos, daños a los órganos, y también SOBREDOSIS o MUERTE. Un síndrome clínico, “hyperalgesia syndrome”, ha sido descrito en la literatura y puede resultar in dolor aumentado por uso continuo e intensificado de medicamentos narcóticos.

4. Yo entiendo que medicamentos alternativos están disponibles en farmacias en Nevada sin receta. Esto incluye medicamentos como Naloxone (Narcan®) aerosol nasal.

He leído lo anterior y todas mis preguntas han sido contestadas. Yo sé que el dolor puede ser tratada con muchas diferentes formas de tratamientos. Entiendo que estoy recibiendo esta droga para aliviar dolor a corto plazo y doy mi consentimiento para recibir la droga. Entiendo los posibles riesgos de tolerancia y/o dependencia al usar esta droga a largo plazo. Doy mi consentimiento para el tratamiento and estoy de acuerdo en usar el medicamento en la forma prescrito por mi médico.

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente

Fecha de Nacimiento

Firma de Testigo (copia de acuerdo recibido)

Una breve revisión de arbitraje para el paciente

Introducción

El arbitraje es un procedimiento alternativo de resolución de disputas que ha sido avalado por grupos como la Asociación Médica de California y se considera un método favorito para resolver disputas por parte de la Corte Suprema de los Estados Unidos. Si no está familiarizado con el arbitraje en general, la información incluida aquí proporciona algunos de los principios básicos del arbitraje.

¿Qué es el arbitraje?

El arbitraje es una alternativa de resolver disputas. En lugar de llevar su desacuerdo a través del largo y costoso proceso de litigio judicial, usted y el médico acuerdan someter cualquier disputa a un árbitro para su determinación. El árbitro se selecciona de entre los numerosos jueces retirados que están disponibles y calificados para servir en estos asuntos y es acordado mutuamente por usted y el médico. Después de una audiencia, que generalmente es menos formal que un procedimiento judicial, el árbitro toma la decisión ("adjudicación"). Aunque los procedimientos son diferentes, generalmente las mismas leyes y la misma medida de daños que se aplican en los procedimientos judiciales también se aplican en el arbitraje.

¿El arbitraje le impide presentar una reclamación?

No. Al seleccionar el arbitraje como el medio para resolver un desacuerdo, lo único que está haciendo es mover la reclamación a un foro diferente (es decir, de un jurado a un árbitro) para escuchar y finalmente decidir su reclamación.

¿Te impide obtener un premio financiero?

No, el arbitraje no restringe ni le impide obtener un premio financiero de ninguna manera. Si el árbitro acepta y está de acuerdo con su reclamo, él o ella determinará una indemnización por daños. De hecho, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos ha sostenido previamente que el arbitraje es fuertemente favorecido como una alternativa expedita y económica al sistema judicial.

¿Puedo ser representado por un abogado de mi elección?

Sí. Cualquier parte del arbitraje puede ser representada por un abogado de su elección, a su propio costo. El árbitro escuchará los hechos y decidirá si las partes están o no representadas por abogados.

¿Quién está obligado por este acuerdo?

Si eligió firmar el acuerdo de arbitraje, estará de acuerdo en obligarse a usted y a cualquier persona que pueda presentar una demanda en relación con el tratamiento o los servicios que el médico le proporcionó. Si firma en nombre de un miembro de la familia o alguna otra persona de la cual usted es responsable, vinculará a esa persona, así como a cualquier persona que pueda presentar una demanda en relación con el tratamiento o los servicios proporcionados por el médico a esa persona. Del mismo modo, el médico o cualquier persona que presente una demanda en nombre de un médico está obligado.

¿Cuánto cuesta el arbitraje?

En general, el arbitraje es menos costoso que las acciones judiciales. Los honorarios del árbitro son generalmente compartidos por partes iguales. El monto de esas tarifas dependerá de la complejidad y duración del caso.

Si a cualquiera de las partes no le gusta el resultado del arbitraje, ¿podría haber un juicio por jurado en el tribunal?

En general, la respuesta es "No." El propósito principal del arbitraje es evitar el gasto, la demora y el inconveniente de acudir a los tribunales. Las sentencias de arbitraje pueden ser revisadas, y potencialmente revocadas ("desocupadas") por un tribunal en circunstancias limitadas.

Un mensaje a nuestros pacientes sobre el arbitraje

El contrato adjunto es un acuerdo de arbitraje. Al firmar este acuerdo, estamos de acuerdo en que cualquier disputa que surja de los servicios médicos que recibe debe resolverse mediante un arbitraje vinculante en lugar de una demanda en un tribunal. Los juicios son algo que nadie anticipa, y todos esperan evitar. Creemos que el método para resolver disputas por arbitraje es uno de los sistemas más justos tanto para los pacientes como para los médicos. Los acuerdos de arbitraje entre los proveedores de atención médica y sus pacientes han sido reconocidos y aprobados durante mucho tiempo por los tribunales. Al firmar este acuerdo, está cambiando el lugar donde se presentará su reclamo. Aún puede llamar testigos y presentar evidencia. Cada parte selecciona un árbitro (árbitros de la parte) que luego selecciona un tercer árbitro neutral. Estos tres árbitros escuchan el caso. Este acuerdo generalmente ayuda a limitar los costos legales tanto para los pacientes como para los médicos. Además, ambas partes se ahorran algunos de los rigores del juicio y la publicidad que puede acompañar a los procedimientos judiciales. Nuestro objetivo, por supuesto, es brindar atención médica de tal manera que se evite cualquier disputa de este tipo. Sabemos que la mayoría de los problemas comienzan con la comunicación. Por lo tanto, si tiene alguna pregunta sobre su atención, por favor, pregúntenos.

Por favor, Informe al personal de recepción si desea una copia de este documento.

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Firma

Fecha