

# Urology Associates of North Texas

## Hoja de la Información del Paciente (Patient Information Sheet)

Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido): \_\_\_\_\_

Patient's Name (First, Middle, Last)

Domicilio: \_\_\_\_\_

Address

Dirección de Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Email

Ciudad: \_\_\_\_\_

City

Estado: \_\_\_\_\_

State

Código Postal: \_\_\_\_\_

Zip Code

# de Contacto Principal \_\_\_\_\_

Main Contact #

# de Alternativo \_\_\_\_\_

Alternate #

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

Fecha de Nacimiento / / \_\_\_\_\_

Date of Birth

Sexo: Varón  Hembra

Sex

Male

Female

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

SS# (optional)

Estado Civil: Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a

Marital Status

Single

Married

Divorced

Widowed

Nombre de Cónyuge: \_\_\_\_\_

Spouse's Name

Fecha de Nacimiento de Cónyuge: / / \_\_\_\_\_ #Celular \_\_\_\_\_

Spouse's Date of Birth

Cell #

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

Doctor de Envió: \_\_\_\_\_

Referring Physician

# de Teléfono \_\_\_\_\_

Phone #

Médico Primario del Cuidado \_\_\_\_\_

Primary Care Physician

# de Teléfono \_\_\_\_\_

Phone #

## Persona de Notificación en Caso de Emergencia (Person to Notify in Case of Emergency)

Nombre: \_\_\_\_\_

Name

Relación: \_\_\_\_\_

Relationship

# de Casa \_\_\_\_\_

Home #

# de Celular \_\_\_\_\_

Cell #

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

## Información de Seguro (Insurance Information)

Compañía de Seguros Primaria: \_\_\_\_\_

Primary Insurance

# de Póliza/ # de Identificación \_\_\_\_\_

Policy/ID #

Nombre del Sostenedor de Póliza: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder

Fecha de Nacimiento: / / \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

Empleador: \_\_\_\_\_

Employer

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Employer Address

Ciudad: \_\_\_\_\_

City

Estado: \_\_\_\_\_

State

Código Postal: \_\_\_\_\_

Zip Code

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

Compañía de Seguros Secundaria: \_\_\_\_\_

Secondary Insurance

# de Póliza/ # de Identificación \_\_\_\_\_

Policy/ID #

Nombre del Sostenedor de Póliza: \_\_\_\_\_

Name of Policy Holder

Fecha de Nacimiento: / / \_\_\_\_\_ # de Grupo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento

Empleador: \_\_\_\_\_

Employer

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

Employer Address

Ciudad: \_\_\_\_\_

City

Estado: \_\_\_\_\_

State

Código Postal: \_\_\_\_\_

Zip Code

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

## Llenar- Si el Paciente es Menor de Edad (Complete – Only if Patient is a Minor)

Nombre del Padre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Father's/Guardian Name

Relación: \_\_\_\_\_

Relationship

Empleador: \_\_\_\_\_

Employer

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

Nombre de la Madre/ Guardián: \_\_\_\_\_

Mother's/Guardian Name

Relación: \_\_\_\_\_

Relationship

Empleador: \_\_\_\_\_

Employer

# de Trabajo \_\_\_\_\_

Work #

## Asignación para Pagar los Beneficios del Seguro (Assignment to Pay Insurance Benefits)

Asigno por este medio todo médico y o ventajas quirúrgicas, a cuál me dan derecho, incluyendo el Seguro de Medicare, seguro privado y cualquier otros planes de la salud a los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación está para los servicios rendidos a mí por los Asociados de Urología del Norte de Tejas. Esta asignación estará en efecto hasta revocado por mí en escritura. Una fotocopia de esta asignación debe ser considerada tan válida como una original.

Entiendo que soy financieramente responsable de todas las cargas si/o no pagado por el seguro. Autorizo por este medio a cesionario dicho a lanzar toda la información necesaria para asegurar este pago. Comprendo que fracaso de notificar a UANT de cualquier cambio o la cobertura de seguro tendrá como resultado la obligación financiera será completamente en yo mismo a pesar de cualquier contrato entre la compañía de seguros y UANT.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Paciente/Guardián

Rev. 7/10

# Urology Associates of North Texas

## Aviso de HIPAA

Entiendo que, bajo acto de la portabilidad y de la responsabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertas derechos a la aislamiento con respecto a mi información protegida de la salud. Entiendo que esta información puede y será utilizada por UANT: (a) Conducta, planeo y dirija mi tratamiento y carta recordativa entre los abastecedores múltiples del cuidado médico, quién se puede implicar en el tratamiento directamente e indirectamente, (b) obtiene el pago a partir de pagadores de los terceros, (c) operaciones normales del cuidado médico de la conducta tales como gravámenes de la calidad y certificaciones del médico, (d) notificación de los acontecimientos educativos específicos a mi condición médica con UANT y organizaciones del establecimiento de una red, y (e) consentimiento a la transferencia de la característica del espécimen (el tejido fino obtenido durante una prueba médica) a UANT.

Me han informado por usted de su aviso de las prácticas del privacidad, conteniendo una descripción más completa de las aplicaciones y de los accesos de mi información de la salud. Entiendo que una copia se puede poner a disposición mí a petición. Comprendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Nota de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo obtener una copia actual de la Nota de Prácticas de Privacidad de mi oficina local o contactando al Oficial de Privacidad en 1300 W. Terrell Ave, Suite 405 Fort Worth, TX 76104. Entiendo que puedo solicitar en escritura que usted restrinja cómo mi información privada se utiliza o se divulga para realizar el tratamiento, pago, o operaciones del cuidado médico. También entiendo que no requieren convenir mis restricciones solicitadas, pero si usted conviene, entonces usted es limitado para habitar por tales restricciones. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en la escritura en cualquier momento, a menos que hasta el punto de usted haya tomado la acción que confiaba en este consentimiento.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Paciente/Guardián \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## Liberacion de Autorizacion de Infomraction (Release of Information Authorization)

- UANT **no puede** discutir mi cuidado médico y **no puede** discutir y o tomar medidas financieras con cualquiera.  
UANT **may not** discuss my healthcare and **may not** discuss and/or make financial arrangements with anyone.
- UANT **puede** discutir mi cuidado médico y **puede** discutir y o tomar medidas financieras con cualquier miembro de mi familia.  
UANT **may** discuss my healthcare and **may** discuss and/or make financial arrangements with any immediate family member.
- UANT **puede** discutir mi cuidado médico y **puede** discutir y o tomar medidas financieras con la gente siguiente.  
UANT **may** discuss my healthcare and **may** discuss and/or make financial arrangements with only the following individual's listed below:

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

## Preferencias (Preferences)

Prefiero ser contactado en la manera siguiente:

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

- Deje mensaje con información detallada (Leave message with detailed information.)  
 Deje mensaje con sólo número de contacto. (Leave message with contact number only.)  
 No deje mensaje. (Do Not leave message.)

# de Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

- Deje mensaje con información detallada (Leave message with detailed information.)  
 Deje mensaje con sólo número de contacto. (Leave message with contact number only.)  
 No deje mensaje. (Do Not leave message.)

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Paciente/Guardi \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**HISTORIA DE LA ACTUAL ENFERMEDAD**  
HISTORY OF PRESENT ILLNESS

**¿A quién podemos darle gracias por su referencia a UANT?**  Uno mismo (Self)  Friend (Amigo)  
 Whom may we thank for referring you to UANT?  Médico (Physician) \_\_\_\_\_

**Médico Primario** \_\_\_\_\_ **Urologo Previo** \_\_\_\_\_  
 Primary Care Physician Previous Urologist

**Cuál es la razón principal de su visita:** What is the main reason for your visit:

<input type="radio"/> <b>PSA elevado</b> (Elevated PSA)	<input type="radio"/> <b>Sangre en la orina</b> (Blood in urine) <input type="radio"/> Visible <input type="radio"/> invisible	<input type="radio"/> <b>BPH o varón con síntomas de orinar</b> (BPH or male voiding symptoms)	<input type="radio"/> <b>Incontinencia o hembra con síntomas de orinar</b> (Incontinence or female voiding symptoms)
<input type="radio"/> <b>Disfunción eréctil</b> (Erectile dysfunction)	<input type="radio"/> <b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)	<input type="radio"/> <b>Infecciones de la zona urinaria</b> (Urinary tract infections)	<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de la próstata</b> (History of prostate cancer)
<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de la vejiga</b> (History of bladder cancer)	<input type="radio"/> <b>Historia del cáncer de los rinones</b> (History of kidney cancer)	<input type="radio"/> <b>Infertilidad</b> (Infertility)	<input type="radio"/> <b>Dolor abdominal o del flanco</b> (Abdominal or flank pain)
<input type="radio"/> <b>Vasectomía</b> (Vasectomy)	<input type="radio"/> <b>Otro especifica</b> (Other Specify)		

**¿Qué es la fecha aproximada cuando los síntomas empezaron o usted reconocio primero el problema?** What is the approximate date when the symptoms started or you first became aware of the problem?  
 \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **o** (or) \_\_\_\_\_ **días** (days) **semanas** (weeks) **meses** (months) **hace años** (years ago)  
 fecha (date) número (number) (círculo uno) (circle one)

**Describe cualquier tratamiento anterior (medicinas, cirugía, etc) antes de esta visita para el problema:** Describe any previous treatment (medicines, surgery, etc) prior to this visit for the problem:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Termine la sección siguiente si la razón de la visita de hoy es para problemas de vaciar la vejiga (varón o hembra):** Complete the following section if the reason for today's visit is for voiding problems (male or female):

<b>¿Cuántas veces durante el día usted orina típicamente en el tocador o en la taza?</b> (How many times during the day do you typically void in the toilet or urinal?)	
<b>¿Cuántas veces usted sale típicamente de cama en la noche a orinar?</b> (How many times do you typically get out of bed at night to urinate?)	
<b>¿Usted tiene dificultad el comenzar de su corriente urinaria?</b> (Do you have difficulty starting your urinary stream?).....	Si No
<b>¿Tiene usted la fuerza disminuida en su corriente?</b> (Do you have decreased force in your stream?).....	Si No
<b>¿Usted tiene que forzar o empujar al orinar?</b> (Do you have to strain or push to void?) .....	Si No
<b>¿Usted se siente típicamente vacío cuando usted ha acabado de orinar?</b> (Do you typically feel empty when you have finished voiding?) .....	Si No
<b>¿Su corriente para y comienza típicamente?</b> (Does your stream typically stop and start?).....	Si No
<b>¿Usted tiene típicamente dolor durante orinar?</b> (Do you typically have pain during voiding?).....	Si No
<b>¿Usted ha visto sangre en su orina?</b> (Have you seen blood in your urine?) .....	Si No



			_/_/____	_/_/____
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

Direccion:	Ciudad	Estado/Codigo Postal:
------------	--------	-----------------------

**ALERGIAS** -incluya las medicaciones, los alimentos, los tintes de radiografías. (ALLERGIES- include medications, foods, xray dyes) o círculo **NINGUNOS SABIDOS**

Nombre del alergénico (Name of allergen)	Tipo de reacción (Type of reaction)	Fecha aproximada (Approximate date)
1		
2		
3		
4		

**CIRUGÍAS PASADAS** -incluya toda las cirugías en el curso de su vida. Agregue una hoja adicional en caso de necesidad. (PAST SURGERIES -include all surgery in your lifetime.) o **NINGUNOS**

Tipo de cirugía (Type of Surgery)	Fecha (aproximada) Date (approximate)	Hospital o ciudad, si es sabido (Hospital or city, if known)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

**OTRAS HOSPITALIZACIONES** - incluya todas hospitalizaciones no quirúrgicas. (OTHER HOSPITALIZATIONS -include all non surgical hospitalizations) o círculo **NINGUNOS**

Razones de la estancia del hospital (Reasons for Hospital stay)	Fecha (aproximada) Date (approximate)	Hospital o ciudad si es sabido (Hospital or city if known)
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

### **HISTORIA CLINICA (continuado)**

MEDICAL HISTORY (cont'd)

**CONDICIONES MÉDICAS** -incluya lo último y las condiciones médicas presente, marcar la caja apropiada. (MEDICAL CONDITIONS -include past and present medical conditions, check appropriate box)

La condición (Condition)	NO	Pasado resuelto (Past Resolved)	Ahora activo (Now Active)	Fecha de comienzo (Date onset,)	Especialista MD, si fuera aplicable (Specialist MD if applicable)

<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>	

<b>Tensión arterial alta (hipertensión)</b> High Blood pressure (hypertension)					
<b>Colesterol elevado</b> (Elevated cholesterol)					
<b>Ataque del corazón</b> (Heart attack)					
<b>Golpe irregular del corazón (arritmia cardíaca)</b> Irregular heart beat (cardiac arrhythmia)					
<b>Paro cardíaco congestivo</b> (Congestive heart failure)					
<b>Embolia cerebral o TIAs</b> (Stroke or TIAs)					
<b>Úlceras del estómago o del intestino</b> (Ulcers of the stomach or intestine)					
<b>Enfisema, COPD, o problemas del pulmón</b> (Emphysema, COPD, or lung problems)					
<b>Asma</b> (Asthma)					
<b>Diabetes</b> (Diabetes)					
<b>Problemas sangrando</b> (Bleeding problems)					
<b>VIH/SIDA</b> (HIV/AIDS)					
<b>Enfermedad del riñón (insuficiencia renal)</b> (Kidney disease (renal failure)					
<b>Enfermedad del hígado (hepatitis B o C)</b> (Liver disease (hepatitis B or C)					
<b>Ataque Repentinos</b> (Seizures)					
<b>Enfermedad de tiroides</b> (Thyroid disease)					
<b>Enfermedad psicológica o psiquiátrica</b> (Psychological or psychiatric disease)					
<b>Cáncer de cualquier órgano (especifique)</b> (Cancer of any organ (specify)					
<b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)					
<b>Glaucoma</b> (Glaucoma)					
<b>Lista de otras condiciones</b> (List other conditions)					

**HISTORIA FAMILIAR (FAMILY HISTORY)**

<b>Hay una historia en su familia de</b> (Is there a history in your family of)	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Parientes afectados</b> (Affected relative(s)
<b>Ataque del corazón</b> (Heart attack)			
<b>Diabetes</b> (Diabetes)			
<b>Cáncer de la próstata</b> (Prostate cancer)			
<b>Cáncer del riñón</b> (Kidney cancer)			
<b>Piedras del riñón</b> (Kidney stones)			
<b>Otra enfermedad significativa</b> (Other significant disease)			

Last Name	First Name	M.I	date of birth	today's date

**HISTORIA DE TABACO (TOBACCO HISTORY)**

¿Usted ha sido un fumador de cigarrillo? (Have you ever been a cigarette smoker?)	<b>Si*</b>	<b>No</b>
*Si sí, fumé un promedio de _____ paquetes/día, por _____ años . (* If yes, I smoked an average of _____ (packs/day) (for) _____ (years).)		
¿Usted ha utilizado otros productos del tabaco? (Do you use other tobacco products)	<b>Si*</b>	<b>No</b>
*Si sí, especifique por favor (If yes, please specify) _____		

**HISTORIA DE ALCOHOL Y DE DROGA (ALCOHOL AND DRUG HISTORY)**

¿A sido diagnosticado con alcoholismo? (Have you ever been diagnosed with alcoholism?)	<b>Si</b>	<b>No</b>
¿Usted bebe alcohol regularmente? <input type="checkbox"/> Sí, actualmente <input type="checkbox"/> ¿Nunca/raramente (Do you currently drink alcohol regularly?) (Yes, currently) (Never/rarely)		
Si sí, aproximadamente cuántas bebidas por la semana (cerveza, vino, o licor) _____ (If yes, approximately how many drinks per week (beer, wine, or liquor))		
¿Usted ha utilizado las drogas intravenosas? (Have you ever used intravenous drugs?)	<b>Si</b>	<b>No</b>

**OCUPACIÓN Y ESTADO CIVIL (OCCUPATION AND MARITAL STATUS)**

Estoy actualmente (I am currently)	<input type="checkbox"/> Solo (Single)	<input type="checkbox"/> Casado (Married)	<input type="checkbox"/> Divorciado (Divorced)	<input type="checkbox"/> Viudo-a (Widowed)	
Yo soy (I am)	<input type="checkbox"/> Retirado (Retired)	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo (Employed Full Time)	<input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo (Employed Part Time)	<input type="checkbox"/> Desempleado (Unemployed)	<input type="checkbox"/> Estudiante (Student)
Mi ocupación es/era (My occupation is/was) _____					

**REVISIÓN DE SISTEMAS (REVIEW OF SYSTEMS)**  
(Síntomas actuales o recientes)(Current or Recent Symptoms)

**Constitucionales (Constitutional)**

<b>Fiebre (Fever)</b>	S	N
<b>Escalofríos (Chills)</b>	S	N
<b>Dolor de Cabeza (Headache)</b>	S	N
<b>Aumento del peso sobre 10 libras (Weight gain over 10 lbs)</b>	S	N
<b>Pérdida del peso sobre 10 libras (Weight loss over 10 lbs)</b>	S	N

**Neurológico (sistema nervioso)**

Neurological (nervous system)		
<b>Ataque Repention (Seizures)</b>	S	N
<b>Mareos (Dizziness)</b>	S	N
<b>Entumecimiento en extremidad (Numbness in extremity)</b>	S	N
<b>Debilidad en extremidad (Weakness in extremity)</b>	S	N
<b>Pérdida de balance (Loss of balance)</b>	S	N
<b>Caídas Frecuente (Frequent falls)</b>	S	N
<b>Temblores (Tremors)</b>	S	N

**Endocrina (glándulas internas)**

Endocrine (internal glands)		
<b>Sed Excesiva (Excessive thirst)</b>	S	N
<b>Intolerancia del frío o del calor (Cold or heat intolerance)</b>	S	N
<b>Fatiga excesiva (Excessive fatigue)</b>	S	N
<b>Enfermedad de tiroides (Thyroid disease)</b>	S	N

**Gastrointestinal (Gastrointestinal)**

Gastrointestinal (Gastrointestinal)		
<b>Dolor abdominal (Abdominal pain)</b>	S	N
<b>Náusea que vomita (Nausea vomiting)</b>	S	N
<b>Indigestión/ardor de estómago (Indigestion/Heartburn)</b>	S	N
<b>Diarrea (Diarrhea)</b>	S	N
<b>Estreñimiento (Constipation)</b>	S	N
<b>Sangre en el excremento (Blood in stools)</b>	S	N

**Cardiovascular (Cardiovascular)**

			_/_/_	_/_/_
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

**Dolor de pecho, presión**  
(Chest pain, pressure) S N

**Palpitaciones** S N  
(Palpitations)

**Dolor en la pantorrilla al ejercicio**  
(Calf pain with exercise) S N

**Falta de la respiración** S N  
(Shortness of breath)

**Falta de respiración al despertar**  
(Wake up breathless) S N

**El hincharse en piernas/tobillos**  
(Swelling in legs/ankles) S N

**Integumentario (problemas de la piel)**  
(Integumentary-skin problems)

**Erupción inexplicada** S N  
(Unexplained rash)

**Frecuencia de erupciones**  
(Frequent boils) S N

**Musculoesquelético (Musculoskeletal)**

**Dolor de las Conyunturas**  
(Joint pain) S N

**Qué empalme** \_\_\_\_\_  
(Which joint)

**Dolor de cuello** S N  
(Neck pain)

**Dolor de espalda** S N  
(Back pain)

**Reciente o crónico**  
(Recent or chronic)

**Debilidad del músculo** S N  
(Muscle weakness)

**Respiratorio (pulmones)**  
(Respiratory- lungs)

**Respiración sibilante** S N  
(Wheezing)

**El toser frecuente** S N  
(Frequent coughing)

**Falta de la respiración** S N  
(Shortness of breath)

**El toser sangre** S N  
(Coughing up blood)

**Hematological/linfático**  
(Hematologic/Lymphatic)

**Glándulas hinchadas de la linfa**  
(Swollen lymph glands) S N

**Tendencia de sangrar**  
(Bleeding tendency) S N

**(Complete solo si no es la razon para su visita)**

**Genitourinario (urinario y genital)**  
(Genitourinary -urinary and genital)

**Orina dolorosa** S N  
(Painful urination)

**Orina frecuente** S N  
(Frequent urination)

**Orina urgentemente** S N  
(Urgent urination)

**Sangre en la orina** S N  
(Blood in urine)

**Corriente débil de la orina**  
(Weak urine stream) S N

**Forzar para orinar** S N  
(Straining to urinate)

**Flujo interrumpido de la orina**  
(Interrupted urine flow) S N

**Incontinencia** S N  
(Incontinence)

**No vacia completamente**  
(Incomplete emptying) S N

**Disfunción eréctil** S N  
(Erectile dysfunction)

**Ojos (Eyes)**

**Visión velada** S N  
(Blurred vision)

**Visión doble** S N  
(Double vision)

**Dolor del ojo (Eye pain)** S N

**Historia de Glaucoma**  
(History glaucoma) S N

**Cataratas sin tratamiento**  
(Untreated cataracts) S N

**Enfermedad retiniana** S N  
(Retinal disease)

**Oído/nariz/garganta/boca**  
(Ear/Nose/Throat/Mouth)

**Infecciones del oído** S N  
(Ear infections)

**Garganta dolorida** S N  
(Sore throat)

**Pérdida de oído** S N  
(Hearing loss)

**Alergias del seno** S N  
(Sinus allergies)

**Dificultad de tragar**  
(Difficulty swallowing) S N

**La nariz sangra** S N  
(Nose bleeds)

**Ronquera (Hoarseness)** S N

**Psicologico (Psychological)**

**Depresión (Depression)** S N

**Pérdida de interés general**  
(Loss of general interest) S N

**Ansiedad severa** S N  
(Severe anxiety)

**Altura (pulgadas)** \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	__/__/____	__/__/____
<b>Last Name</b>	<b>First Name</b>	<b>M.I</b>	<b>date of birth</b>	<b>today's date</b>

Height (inches)  
**Peso (libras)** \_\_\_\_\_  
Weight (lbs)

---

Firma (Signature)      Fecha (Date)

**Asociados de Urología del Norte de Tejas**  
**Póliza financiera y forma de consentimiento del paciente**

Asociados de Urología del Norte de Tejas, L.L.P., (“UANT”) reconoce la necesidad de una comprensión clara entre el paciente y médico con respecto a la información protegida de la salud y arreglos financieros para el cuidado médico. La información siguiente se proporciona para evitar cualquier malentendido referente a la información protegida de la salud y el pago para los servicios profesionales.

**1. PAGO: Se espera el pago a la hora de servicio.** Si su deducible no se ha resuelto, o un porcentaje es su responsabilidad, contamos con el pago cuando se rinden los servicios. **Aun cuando el seguro será archivado, usted es responsable de cualquier equilibrio después del proceso de reclamación al Seguro.** Todas las cargas para el tratamiento se convierten en debidos y pagaderos después de sesenta (60) días de la fecha del servicio. Este período da un plazo de suficiente tiempo de procesar seguro y de hacer el pago por completo de cualquier equilibrio restante. Habrá una carga de \$25.00 para los cheques vueltos. Si no pagado en el plazo de 60 días, UANT comenzará varias actividades de la colección incluyendo, pero no limitado sometiendo la cuenta atrasada a una agencia de colección.

**2. PAGO DEL UNO MISMO (PRIVADO, PAGO EN EFECTIVO):** Si usted no tiene ninguna cobertura de seguro preguntamos que usted coordina su cuidado con nuestra oficina de negocio antes de cirugía. Requerimos un pago anticipado para los servicios profesionales.

**3. CUIDADO ADMINISTRADO: Todo el cuidado administrado (HMO, PPO, etc.) las cantidades del pago compartido son debidas a la hora de servicio. Le cargarán \$10.00, honorario de re facturar, si usted no paga su co-pago cuando se rinden los servicios.** Si su régimen de seguros requiere una autorización de la remisión de un médico primario del cuidado, presente por favor esto en su visita inicial. Si usted solicita una visita o una cirugía de la oficina sin una autorización de la remisión, su régimen de seguros puede juzgar esto como “fuera de encadenación” o del tratamiento “no cubierto”, Usted será responsable por la cantidad más grande o todas las cargas. Firmando abajo, el paciente reconoce que es la responsabilidad de los pacientes estar enterado de los servicios que son cubiertos y conviene a la paga de cualquier servicio juzgado ser no cubierto o no autorizado por el plan.

**4. MEDICARE:** UANT son los abastecedores que participan con el programa Medicare y aceptan como pago, Medicare permisible, su deducible y o el 20% de seguridad adicional. Si usted tiene seguro suplemental para cubrir la porción de las cargas que Medicare no paga, provea por favor de a nosotros una copia de su tarjeta del seguro y cualquier formas que su compañía de seguros pueda requerir. Medicare o los portadores secundarios no cubre algunos procedimientos y útiles. Asegúrese por favor de usted entender qué aspectos de su tratamiento se cubren antes de proceder. En un caso raro usted puede ser pedido firmar una forma de la renuncia, que declara que usted entiende que usted será responsable de estas cargas.

**5. PACIENTES DE ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL:** No tratamos a pacientes del accidente del automóvil. Sin embargo, no podemos supervisar cuentas a largo plazo y requerir el pago como paciente que paga uno mismo. No aceptaremos una letra de la protección de un abogado como garantía del pago o del pago del seguro de los terceros.

**6. NIÑOS DE PADRES DIVORCIADOS:** Responsabilidad del pago para el tratamiento de niños de menor, quién padres están divorciados, reclíñese con el padre que busca el tratamiento. Cualquier corte pidió, el juicio de la responsabilidad se debe determinar entre los individuos implicados, sin la inclusión de UANT.

**7. INVESTIGACION CLINICA:** UANT participa en estudios clínicos de la investigación, y a los patrocinadores del estudio compensan (reciben dinero) a los médicos de UANT para realizar ensayos de la investigación. El paciente autoriza UANT al acceso de su información médica con el fin de la elegibilidad de evaluación del paciente para los estudios clínicos actuales o futuros de la investigación. El paciente acuerda ser contactado por UANT con respecto a la posibilidad de ser alistado en estudio de la investigación. El paciente está bajo ninguna obligación de alistar en cualquier estudio. La participación del estudio es voluntaria y la denegación a participar, implique de ninguna manera la pena o la pérdida de ventajas a las cuales son derechos al paciente. La participación en un estudio de la investigación no interrumpirá su cuidado regular con un médico de UANT.

**8. SEGURO SECUNDARIO:** El departamento de Tejas del seguro requiere a paciente proporcionar cobertura de seguro secundaria al abastecedor si fuera aplicable. El paciente acuerda proporcionar la información tal como contorneada abajo. El paciente acuerda notificar el abastecedor en el futuro inmediatamente de cualquier adición, cambios o canceladuras en cobertura de seguro primaria o secundaria. Inicial o complete como aplicable.

\_\_\_\_\_ No tengo ninguna cobertura de seguro secundaria.

\_\_\_\_\_ Tengo cobertura de seguro secundaria según lo descrito en la forma demográfica paciente unida.

**UANT cree firmemente que una buena relación del paciente o del médico está basada sobre entender y comunicaciones abiertos. Es nuestra esperanza que las políticas antedichas permitirán que proporcionemos el cuidado más de alta calidad a nuestros pacientes. Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita la clarificación con respecto a estas políticas, llámenos por favor al (817) 784-8268.**

\_\_\_\_\_  
Nombre de paciente (Por favor de impresión)

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma (Asegurados o Guardián)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**ACCESO DEL INTERÉS DE PROPIEDAD DE LA PRÁCTICA DEL GRUPO  
EN HOSPITALES Y LOS SERVICIOS ANCILARES**

Su médico en UANT ha ejercitado su juicio médico profesional independiente, en la determinación de si está en su mejor interés de recibir cierta asistencia médica prescrita en el hospital de USMD a Arlington o el Hospital de USMD en el Fort Worth, North Texas Hospital o Trinity Medical Center (los "Hospitales") y o uno de los varios servicios ancilares. Los "servicios ancilares" incluyen varios servicios médicos incluyendo servicios de tratamientos de radiación, laboratorio, estudios urodinámica, litotricia, exploración del dexta, el explorador de CT, ultrasonido y el otro equipo de la proyección de imagen. El propósito de esta declaración del acceso es informarle ese UANT, la práctica médica del grupo de la cual su Médico es un Socio o Empleado, posee un interés de propiedad en el hospital y los servicios ancilares. Ninguna remuneración recibida directamente o indirectamente por el médico consecuentemente UANT que posee un interés de propiedad en los hospitales o los servicios ancilares requiere, ni es contingente sobre la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo a la utilización de los pacientes o otras de cualquier artículo o servicio ofrecido por los hospitales o los servicios ancilares. Decisiones con respecto a la admisión, recomendación, remisión, o cualquier otra forma de arreglo para la utilización de los pacientes de su médico de servicios o de instalaciones específicos se hace con respecto a los mejores intereses de cada paciente individual.

---

Nombre de paciente (Por favor de imprimir)

---

Fecha de Nacimiento del Paciente

---

Firma (Asegurados o Guardián)

---

Fecha