

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 derechas 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 _____

Asociados de Urología del Norte de Tejas

Hoja de la Información del Paciente (Pediátrico)

Nombre del Paciente (Primero, Medio, Apellido): _____
(Patient Name) (First, Middle, Last)

Fecha de Hoy: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Raza: _____ Sexo: _____
(Today's Date) (Date of Birth) (Race) (Sex)

Doctor Primario: _____ Razón de la Visita: _____
(Primary Care Physician) (Reason for visit)

Cirugía y edad en la época de la cirugía: _____
(Prior Surgery and age at time of surgery)

Lesiones y edad en la época de lesión: _____
(Injures and age at time of injury)

Medicaciones que usted está tomando actualmente, incluya medicaciones que no requiere receta:
(Medications you are currently taking to include over the counter medication:)

Medicación actual (nombre de la medicina, dosis, numero de veces por día):
(Current Medication (Name of Medicine, dosage, how many times a day))

Historia Médica (Si, No, Familia)
(Medical History (Yes, No, Family))

	(Y)	(N)	(F)		(Y)	(N)	(F)
Alta Presión Arterial <small>(High Blood Pressure)</small>	S	N	F	Ulceras <small>(Ulcers)</small>	S	N	F
Alto en Colesterol <small>(High Cholesterol)</small>	S	N	F	Enfisema <small>(Emphysema)</small>	S	N	F
Ataque del Corazón <small>(Heart Attack)</small>	S	N	F	Embolia Cerebral <small>(Stroke)</small>	S	N	F
Prolapso de la Válvula Mitral <small>(Mitral Valve Prolapse)</small>	S	N	F	Asma <small>(Asthma)</small>	S	N	F
Historia de Piedras en el Riñón <small>(History Kidney Stone)</small>	S	N	F	Diabetes <small>(Diabetes)</small>	S	N	F
Cáncer <small>(Cancer)</small>	S	N	F	Problemas de la Audición <small>(Hearing Problems)</small>	S	N	F
Infección de las Vías Urinarias <small>(Urinary Tract Infections)</small>	S	N	F				

Historia Social
(Social History)

Nivel del Grado en Escuela (Grade Level in School) _____

Los tipos de Grados que él o ella hace: _____ **A-B's** _____ **B-C's** _____ **Otro:** _____
(Type of Grades he/she makes:) (A-B's) (B-C's) (Other)

Uso de Alcohol: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Alcohol Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Uso de Cafeína: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Caffeine Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Uso de Tabaco: **NO** **SI** **Si sí, ¿Cuánto?** _____
(Tobacco Use:) (No) (Yes) (If yes, How much?)

Asociados de Urología del Norte de Tejas Hoja de la Información del Paciente

Síntomas Constitucionales (Constitutional Symptoms)

Fiebre (Fever)	S	N
Escalofríos (Chills)	S	N
Dolor de Cabeza (Headache)	S	N
Cambio del Peso	S	N
Peso Actual (Current weight)	_____	

Ojos (Eyes)

Visión Nublada (Blurred vision)	S	N
Visión Doble (Doubled vision)	S	N
Dolor (Pain)	S	N

Alérgico/ Inmunológico (Allergic/Immunologic)

Fiebre del Heno (Hay Fever)	S	N
Aérgico a Una Droga (Drug Allergies)	S*	N
*Nombre de Droga _____ (*Drug Name)		
Inmunización Corriente (Immunizations current)	S	N

Neurológico (Neurological)

Mareos (Dizzy Spells)	S	N
Ataque Repentino (Seizures)	S	N

Endocrina (Endocrine)

Sed Excesiva (Excessive thirst)	S	N
Demasiado Caliente/ Frío (Too hot/ cold)	S	N
Cansado/ Inactivo (Tired/ Sluggish)	S	N

Gastrointestinal (Gastrointestinal)

Dolor Abdominal (Abdominal Pain)	S	N
Náusea/Vomitarse (Nausea/Vomiting)	S	N
Diarrea (Diarrhea)	S	N
Estreñimiento (Constipations)	S	N

Integumentario (Integumentary)

Erupción de Piel (Skin Rash)	S	N
Ebulliciones (Boils)	S	N
Picazón Persistente (Persistent itch)	S	N

Musculoesquelético (Musculoskeletal)

Dolor de las Coyunturas (Joint pain)	S	N
Dolor de Cuello (Neck pain)	S	N
Dolor de Espalda (Back pain)	S	N
Altura Actual (Current Height)	_____	

Oído/ Nariz/ Garganta/ Boca (Ear/Nose/Throat/Mouth)

Infecciones del Oído (Ear Infection)	S	N
Garganta Dolorida (Sore Throat)	S	N
Problemas de la Audición (Hearing Problems)	S	N

Respiratorio (Respiratory)

Respiración Sibilante (Wheezing)	S	N
Tos Frecuente (Frequent cough)	S	N
Falta de la Respiración (Shortness of breath)	S	N

Hematológico/ Linfático (Hematologic/Lymphatic)

Glándulas Hinchadas (Swollen glands)	S	N
Problemas de Coagulación de la Sangre (Blood clotting problems)	S	N

Genitourinario (Genitourinary)

Frecuencia Urinaria (Urinary Frequency)	S	N
# de Veces que Orina en la Noche (#Nighttime Urination)	_____	
# de Veces que Orina en el Día (#Daytime Urination)	_____	
Orina Doloroso (Painful Urination)	S	N
Urgencia Urinaria (Urinary Urgency)	S	N
Sangre en Orina (Blood in urine)	S	N
Forzar para Orinar (Straining to Urinate)	S	N
Corriente Débil de la Orina (Weak Urine Stream)	S	N
¿Usted se le escapa la orina? (Do you leak urine?)	S	N

Nombre de Paciente: _____ Fecha: _____

Forma Completada Por: _____ Firma: _____

(Padre o Guardian)

(Padre o Guardian) Rev.12/05-P

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. NINOS DE PADRES DIVORCIADOS: Responsabilidad del pago para el tratamiento de niños de menor, quién padres están divorciados, reclínese 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