



The Center for Men's and Women's Urology

Shammai Rockove, M.D. F.A.C.S.

Nombre del paciente: _____

Por favor ponga sus iniciales en cada " _____ "

_____ **ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados (Medicare, HMO/IPA administradas y/o compañías de seguros) se realice a mí o en mi nombre al Centro de Urología para Hombres y Mujeres por cualquier servicio que me brinde mi proveedor. Yo autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a divulgarla a lo siguiente cuando corresponda para determinar los beneficios de los servicios relacionados:

- División de Servicios Familiares
- Centros de servicios de Medicare y Medicaid
- Aseguradores y/o agentes de estas compañías
- Persona (s) responsable (s) enumerados
- Otros proveedores de atención médica que ayudan en mi atención médica

_____ **CONSENTIMIENTO AL TRATAMIENTO**

Por la presente autorizo al Centro de Urología para Hombres y Mujeres y/o cualquier médico o persona autorizada empleada por ellos a realizar y/o iniciar una evaluación y tratamiento médico y autorizar y/u ordenar cualquier servicio relacionado en mi nombre.

_____ **ACUERDO FINANCIERO**

Entiendo que, a menos que yo o mi proveedor de cobertura médica hayamos hecho otros arreglos por adelantado, el pago total vence en el momento del servicio. Los métodos de pago aceptables son efectivo, cheques personales, VISA, MasterCard, Discover Card, AMEX o Care Credit.

El Centro de Urología para Hombres y Mujeres tiene contrato con muchos planes de salud. Presentaremos un reclamo a aquellos planes con los que tenemos contrato y le exigiremos que pague el copago, deducible y/o coseguro autorizado en el momento del servicio. Es política de nuestra oficina cobrar cualquier deducible y/o coseguro no satisfecho al momento del check-in. Se hará todo lo posible para notificarle con antelación la cantidad que se cobrará.

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su cobertura de procedimientos, servicios de exámenes, medicamentos o condiciones particulares, usted es responsable de obtener esta información antes de su cita con su plan de salud. Usted acepta pagar el total de todos los servicios considerados servicios "no cubiertos" según su póliza de seguro si elige que se le proporcione el servicio.

Si su compañía de seguros no paga los servicios prestados, o usted no tiene seguro, acepta pagar todos los cargos del Centro de Urología para Hombres y Mujeres. Cada factura vence y es pagadera al presentarle o enviarle por correo un estado de cuenta. Si la cuenta se vuelve morosa, usted acepta pagar todos los costos de cobro aplicados por una agencia de cobro. Cualquier demanda presentada puede presentarse en el condado donde se prestan los servicios.

Usted tiene derecho a recibir una estimación de buena fe de los costos totales esperados si lo solicita.

_____ **COMPLETACIÓN DEL FORMULARIO FÍSICO**

Entiendo que si yo, o una persona/entidad en mi nombre, solicito al Centro de Urología para Hombres y Mujeres que complete una discapacidad, trámites de FMLA, salud en el hogar u otra forma física, la práctica me cobrará una tarifa de \$25 por simple y \$40 por para documentación detallada. Espere 48 horas para completarse.

_____ **POLÍTICA DE CANCELACIÓN**

Entiendo que el Centro de Urología para Hombres y Mujeres me cobrará una tarifa de \$50 por visitas al consultorio, una tarifa de \$100 por procedimientos en el consultorio y una tarifa de \$200 por cirugías hospitalarias, según su Política de cancelación, si yo:

- No presentarse a mi cita.
- No cancelar mi cita con un mínimo de 24 horas de antelación
- No cancelar mi cirugía con 3 días hábiles de anticipación

_____ **RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO POR ESCRITO**

He recibido una copia o la he visto en línea en www.1URO.com, Aviso de prácticas de privacidad del Centro de Urología para Hombres y Mujeres.

_____ **OTRO**

Entiendo que se cobrará una tarifa de \$25 por cualquier cheque sin fondos además de cualquier tarifa bancaria.

Reservamos el derecho de cancelarlo como paciente debido a incumplimiento, transferencia de atención a otro urólogo, falta a citas quirúrgicas y/o múltiples citas perdidas.

Entiendo y acepto todo lo anterior:

Firma del paciente (Para pacientes de 17 años o menos, un padre o tutor DEBE firmar)

Fecha



The Center for Men's and Women's Urology

Shammai Rockove, M.D. F.A.C.S.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Motivo principal (describa brevemente su problema urológico principal):

¿Has visto a un urólogo antes? Sí No

Problemas médicos:

Cirugías Anteriores con Fechas:

Medicamentos que toma y motivo:

Alergias que tienes:

Historia social del paciente. Por favor marque aquellos que correspondan a usted e indique la cantidad si corresponde:

¿Consumo de cafeína?	¿Drogas recreativas?	¿Con qué frecuencia haces ejercicio?
¿Beber alcohol?	¿Consumo de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo Otro: _____

¿Empleado? Sí No Ocupación: _____

Historia Familiar: Indique quién tiene/tuvo {Padre; Madre; Hermano; Hermana; Abuelo; Abuela; Tía; Tío}

¿Está vivo tu padre?: Sí/No	¿Está viva tu madre?: Sí/No	¿Tienes hijos?: Sí/No Cuantos?
Cardiopatía	Enfermedad mental	Epilepsia/Convulsiones
Ataque	Cáncer	Diabetes
Cáncer de Próstata	Hipertensión	Enfermedad de la tiroides
Trastorno hemorrágico	Nefropatía	



The Center For Men's and Women's Urology

Shammai Rockove, M.D. F.A.C.S.

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor verifique si actualmente está experimentando o ha tenido algún síntoma en los últimos 30 días.

Sí No General

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fiebres
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	escalofríos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	suda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	perdida de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aumento de peso
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cansancio

Sí No Ojos

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	borrón
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	visión doble
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	irritación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	secreción ocular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pérdida de visión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de ojos

Sí No Oído/Nariz/Garganta

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de oídos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	secreción del oído
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disminución de la audición
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	congestión nasal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hemorragias nasales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de garganta
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ronquera
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	obstrucción/secreción nasal

Sí No Cardiovascular

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor en el pecho
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	palpitaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón de los pulmones

Sí No Hemo/linfático

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hematomas anormales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ganglios linfáticos agrandados

Sí No Respiratorio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	toser
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dificultad para respirar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sibilancias

Sí No Gastrointestinal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	náuseas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vómitos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	diarrea
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	constipación
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cambios intestinales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor abdominal

Sí No Genitourinario

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor al orinar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sangre en la orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	secreción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	frecuencia urinaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vacilación urinaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fuga de orina
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urgencia urinaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desaceleración del flujo urinario
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	llagas genitales
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	impotencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	disminución de la libido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dificultad de erección

Sí No Piel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	erupción
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	picor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sequedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	grumos
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	llagas

Sí No Alérgico / Inmunológico

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	urticaria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	infecciones persistentes

Sí No Musculoesquelético

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor de espalda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolor en las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hinchazón de las articulaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	calambres musculares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	debilidad muscular
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	rigidez de las articulaciones

Sí No Psiquiátrico

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	depresión
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ansiedad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pérdida de memoria
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ideación suicida
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	alucinaciones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dificultad para dormir

Sí No Neurologico

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	debilidad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	convulsiones
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	desmayo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	temblores
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aturdimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	entumecimiento
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	dolores de cabeza

Sí No Endocrino

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	intolerancia al frio
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	intolerancia al calor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	sed excesiva
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cambio de peso