



The Center for Men's and Women's Urology

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

Completar todos los formularios en su totalidad y enviarlos por fax, correo postal o dejarlos disminuirá el tiempo de espera en nuestra oficina para su cita.
Las citas de nuevos pacientes que se pierdan sin previo aviso no se reprogramarán.

Información personal:

Nombre del paciente:		
Seguridad Social#:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Idioma Preferido*:	Raza*:	Etnicidad:
Contacto de Emergencia:	Teléfono#:	
Estado civil:	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre de los esposo/a:	¿Consentimiento para hablar con su esposo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Farmacia preferida:

Nombre de la Farmacia:	Intersección o dirección y ciudad:
------------------------	------------------------------------

Dirección de envío:

Segunda dirección (si es diferente):

Calle:	Calle:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Correo electrónico:	

Información del seguro:

Seguro primario:	Seguro secundario:
Número de identificación:	Número de identificación:
Número de grupo:	Número de grupo:
Dirección del seguro:	Dirección del seguro:

Deseo ser contactado de la siguiente manera (por favor indique todo lo que corresponda):

Teléfono residencial #:	Ok para dejar un mensaje detallado? Sí or No
Teléfono móvil #:	Ok para dejar un mensaje detallado? Sí or No
Consentimiento para enviar mensajes de texto al teléfono móvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Preferred contact: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Email
CFMWU tiene mi permiso para compartir mi información médica con (nombre y relación):	

Médico de atención primaria:	Referido por:
------------------------------	---------------

Firma del paciente

Fecha

* El Gobierno Federal exige que el Center for Men's & Women's Urology recopile cierta información demográfica
Esté preparado para dejar una muestra de orina en cada cita.



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 frío
<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

Puntuación Internacional de Síntomas de Próstata (IPSS)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ 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	APPROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
VACIADO INCOMPLETO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no ha vaciado por complete al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que orinar otra vez menos de dos horas despues de haber terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
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
URGENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
CHORRO DEBIL ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
ESFUERZO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan recuentemente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces o mas
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 de levanto en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Suma la puntuación de cada respuesta y anote el total en espacio a la derecha.

SINTOMAS DE ACUERDO A LA PUNTACION OBTENIDA: 1-7 (Leves) 8-19 (Moderados) 20-35 (Severos) TOTAL: _____

CALIDAD DE VIDA:

¿Como se sentirá si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como la 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

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (SHIM)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

La salud sexual es una parte importante del bienestar físico y emocional de una persona. La disfunción eréctil, también conocida como impotencia, es un tipo condición médica muy común que afecta la salud sexual. Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamientos para la disfunción eréctil. Si usted padece de esta condición, puede conversar con su médico las opciones para su tratamiento.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Encierre en un círculo en el número que **mejor describe** su situación. Por favor asegúrese de que solo seleccione una respuesta, solamente una respuesta, para **cada pregunta**.

DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES:

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?		MUY BAJA	BAJA	REGULAR	ALTA	MUY ALTA
	0	1	2	3	4	5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con estimulación sexual, con que frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración (en su pareja)?	SIN NINGUNA ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	ALGUNAS VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
3. ¿Durante el acto sexual o coito, con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
4. ¿Durante el acto sexual o coito, que tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	LIGERAMENTE DIFICIL	SIN DIFICULTAD
	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cuándo intentó realizar el acto sexual o coito, que tan seguido fue satisfactorio para usted?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5

Sume los números correspondientes a las preguntas 1 – 5.

TOTAL: _____

El Cuestionario de Salud Sexual para Hombres va mas allá y clasifica la disfunción eréctil en las siguientes categorías:

1-7 ED Severa

8-11 ED Moderada

12-16 ED Leve a Moderada

17-21 ED Leve