

# Gulf Coast Urology

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_ Femenino \_\_\_ Age: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cómo eschucho de nosotros? \_\_\_\_\_

Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Situación laboral: Empleado \_\_\_ Retirado \_\_\_ Desabilisado \_\_\_

Razon Por Su Visita: \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_

¿Fuma? No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿cuánto tiempo? \_\_\_\_\_ ¿numero de paquetes al día? \_\_\_\_\_

¿Toma alcohol? No \_\_\_ Sí \_\_\_ ¿cuánto toma? \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_

Enfermedad médica (diagnóstico incuido):

---

---

Cirugía previas, incluyendo mes/año:

---

---

Otras hospitalizaciones, incluyendo mes/año:

---

---

Medicamento Actuales (Incluyendo La Dosis):

---

---

Lista de alergias y reacciones a medicamentos:

---

---

# Gulf Coast Urology

Antecedentes familiares/Enfermedades:

---

---

**\*\*Solo para hombres\*\***

Disfunción eréctil: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Goteando orina: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

Número de veces que se despierta para orinar por la noche: \_\_\_\_\_

**\*\*Solo mujeres\*\***

Goteando orina: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Frecuencia urinaria: No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_

¿Estás embarazada? No \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ Número de embarazos: \_\_\_\_\_ Número de hijos: \_\_\_\_\_

**Por favor, compruebe si tiene o ha tenido en el pasado alguna de las siguientes afecciones:**

- |   |  |  |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anemia                   | <input type="checkbox"/> Drepanocito           | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado     | <input type="checkbox"/> Infarto      |
| <input type="checkbox"/> Gastritis                | <input type="checkbox"/> Herpes zóster         | <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco            | <input type="checkbox"/> Bronquitis   |
| <input type="checkbox"/> Piedra en los Rinones    | <input type="checkbox"/> Asma                  | <input type="checkbox"/> Trastorno nervioso        | <input type="checkbox"/> Hepatitis    |
| <input type="checkbox"/> Sarpullido               | <input type="checkbox"/> Trastorno ocular      | <input type="checkbox"/> Coágulo de vena           | <input type="checkbox"/> Polio        |
| <input type="checkbox"/> Problemas de anestesia   | <input type="checkbox"/> Parálisis             | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina        | <input type="checkbox"/> Úlceras      |
| <input type="checkbox"/> Diverticulitis           | <input type="checkbox"/> Problemas de tiroides | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                  | <input type="checkbox"/> Cáncer       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de pierna/pie | <input type="checkbox"/> Problemas de espalda  | <input type="checkbox"/> Osteomielitis             | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática         | <input type="checkbox"/> mala circulación      | <input type="checkbox"/> Ataque                    | <input type="checkbox"/> Gota         |
| <input type="checkbox"/> Artritis                 | <input type="checkbox"/> Enfermedades mentales | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Sangre      | <input type="checkbox"/> Diabetes     |
| <input type="checkbox"/> Enfisema                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la piel | <input type="checkbox"/> Enfermedad de rinon       | <input type="checkbox"/> Hipertensión |
| <input type="checkbox"/> Leucemia                 | <input type="checkbox"/> Infecciones de vejiga | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la próstata |                                       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades venéreas    | <input type="checkbox"/> Enfermedad sanguíneos | <input type="checkbox"/> Flebitis                  |                                       |

**Esta información es correcta según mi leal saber y entender.**

---

**Firma del paciente**

---

**Fecha**

## Formulario de autorización HIPAA

La **Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996** ([HIPAA, por susten](#)) es una ley federal que requiere la creación de normas nacionales para proteger la información de salud sensible del paciente sin el consentimiento o el conocimiento del paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Divulgación de información

- Yo autorizo la divulgación de información incluyendo el diagnóstico, registros; examen prestado a mi y reclamos/ información de facturación.

#### Esta información puede ser divulgada a:

Marido(a): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Hijo/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otro/a: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

- Esta información no debe ser divulgada a nadie.

**Esta divulgación de información permanecerá en vigor hasta que yo lo rescinda por escrito.**

### Mensajes

Por favor, llame o envíe un mensaje de texto:

- Casa: \_\_\_\_\_
- Celular: \_\_\_\_\_
- Trabajo: \_\_\_\_\_

### **Si no puede comunicarse conmigo:**

- Puede dejar un mensaje detallado.
- Por favor, deje un mensaje pidiéndome que devuelva la llamada.
- No dejes un mensaje.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de consentimiento de Gulf Coast Urology

### SEGURO

Gulf Coast Urology tenemos convenio con la mayoría de los planes de seguro. Nuestro personal hará todo lo posible por determinar los niveles de cobertura y estimar los cargos que pueda tener.

Usted, como paciente, acepta:

- Proporcione a GCU información precisa sobre la cobertura y facturación de su seguro médico.
- Comprenda el nivel de cobertura que le ofrece su compañía de seguros y los gastos que deberá afrontar de su bolsillo.
- Entienda qué servicios médicos cubre su proveedor de seguros.
- Si usted acepta recibir servicios médicos que se consideran un "beneficio no cubierto", será responsable económicamente de dichos cargos.
- Es su responsabilidad asegurarse de que su remisión y autorización lleguen antes de su visita.

### PAGO

Salvo que se hayan acordado previamente otras cosas Todos los copagos, deducibles y la parte correspondiente a los costos deben abonarse en el momento de recibir el servicio. Para su comodidad, nuestra oficina acepta efectivo, cheques, Visa, MasterCard y American Express.

### CHEQUES DEVUELTOS

Todos los cheques devueltos estarán sujetos a un cargo equivalente a tres veces el monto del cheque original o \$100.(el que sea mayor). Los cheques devueltos repetidamente darán lugar a que se requiera el pago en efectivo para los servicios futuros.

### CITAS PERDIDAS Y LLEGADAS TARDE

Si no puede asistir a su cita, por favor llámenos con al menos 24 horas de antelación para cancelarla o reprogramarla. Si no se presenta a una cita programada, se le cobrarán \$25.00. Si eres Con más de 15 minutos de retraso Sin previo aviso, tendrá que reprogramar su cita y es posible que se le cobre como si no se hubiera presentado.

Iniciales del paciente \_\_\_\_\_

*(Entiendo la política sobre citas perdidas/llegadas tarde.)*

### ATENCIÓN FUERA DEL HORARIO HABITUAL

Si tiene una emergencia médica, llame al 911. Si tiene alguna pregunta o necesidad que no sea urgente, puede llamar a nuestra oficina y el servicio telefónico se comunicará con el médico de guardia.

### FORMULARIOS Y CARTAS MÉDICAS

Con mucho gusto completaremos sus formularios de discapacidad, sin embargo, por favor **dejar pasar 72 horas** Para su cumplimentación, se cobrará una tarifa de \$25.00 por cada formulario antes de su finalización. Las cartas de los médicos tendrán un costo de \$10.00 por cada carta solicitada.

**Entiendo lo anterior y, mediante mi firma a continuación, reconozco que he tenido la oportunidad de revisar el FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO Y EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD DE GULF COAST UROLOGY, los cuales explican cómo se utilizará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente o representante personal

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de su representante legal

\_\_\_\_\_  
Descripción de la autoridad del representante personal

\_\_\_\_\_  
Fecha