

Querido(a) paciente,

Gracias para elegir Jackson Urological Associates, P.C. como su proveedor de atención médica urológica. Deseamos que su visita a nuestra clínica es una experiencia agradable. Para reducir su tiempo de espera, **por favor completa TODA la información en ese paquete de papeleo anteriormente.** No completar esta información puede resultar en un retraso o en la desafortunada reprogramación de su cita.

Si se han hecho radiografías o tomografías computarizadas **es su responsabilidad para asegurarnos de que tenemos los radiografías, discos, o informe escrito.** El informe escrito puede ser enviado por fax por el médico remitente a (731) 427-9973.

**Por favor trae sus tarjetas de seguro medico actuales y hay que este preparado pagar cualquier copagos en el Check-in.** Los pacientes son responsables de saber si su seguro requiere una referencias por escrito de su médico de atención primaria. Si se requiere una referencia, es responsabilidad del paciente obtenerla y tenerla disponible en la fecha de la cita. **Jackson Urological Associates** no será responsable de obtener estas referencias.

Algunos planes de seguro requieren que solo se utilice un determinado hospital en caso de que se requiera hospitalización durante su tratamiento. Además, algunos planes requieren que se utilicen ciertos laboratorios de referencia externos si debemos realizar alguna prueba de laboratorio. Es responsabilidad del paciente conocer esta información e informar a la recepcionista, enfermera o departamento de seguros sobre estos requisitos específicos antes de realizar los servicios.

Si tiene alguna pregunta antes de su cita, por favor no dude en llamar. Si no puede asistir a su cita, llame a nuestra oficina para cancelar o reprogramar.

Gracias,

Jackson Urological Associates, P.C.

Farmacia preferida

Nombre \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Médico de Atención Primaria \_\_\_\_\_ Médico de referencia \_\_\_\_\_

Información de paciente

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_  
Nombre preferido \_\_\_\_\_ Prefijo: \_\_\_ Dr. \_\_\_ Srta. \_\_\_ Sra. \_\_\_ Ms. \_\_\_ Sr. \_\_\_ Suffix: \_\_\_ Jr. \_\_\_ Sr. \_\_\_ I \_\_\_ II \_\_\_ III  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Genero \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Número de Seguridad Social \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Estado civil: Soltero(a) \_\_\_ Casado(a) \_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_ Separado(a) \_\_\_ Viudo(a) \_\_\_ Número de Licencia de conducir \_\_\_\_\_  
Dirección postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Móvil \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_ Método de contacto preferido \_\_\_ Correo \_\_\_ teléfono de casa \_\_\_ Móvil  
Empleador \_\_\_\_\_ Ocupación \_\_\_\_\_

Contacto de emergencias

Nombre completo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_  
Nombre completo \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_ relación \_\_\_\_\_

Insurance Information

Seguro Primario \_\_\_\_\_ Subscriptor(a)/ID \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
Asegurado(si no es paciente) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación con al paciente \_\_\_\_\_  
Secundario \_\_\_\_\_ Subscriptor(a)/ID \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_  
Asegurado(si no es paciente) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación con al paciente \_\_\_\_\_

**COMPLETA SOLO SI EL PACIENTE ES DE MENOR EDAD**

**Información de la persona responsable**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ N.S.S. \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Relación con al paciente \_\_\_ Padre \_\_\_ Madre \_\_\_ Otro(a); por favor especifica \_\_\_\_\_  
Dirección postal (si es diferente del paciente)  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_  
Numero \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

### I. Información del seguro

Autorizo el tratamiento y acepto pagar todas las tarifas asociadas con dicho tratamiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a mi médico. Autorizo a mi médico a liberar cualquier información necesaria para procesar mi reclamación. Acepto que soy financieramente responsable de todos los servicios prestados y, si es necesario remitir la cuenta a cobranza, seré responsable de todas las tarifas, incluidos, pero no limitados a, los costos de cobranza, honorarios de abogados y costos judiciales relacionados con mi cuenta.

### II. Política financiera

Nuestra oficina está comprometida a proporcionar atención médica de calidad y rentable a nuestros pacientes. Enfatizamos que es esencial que comprenda qué servicios y procedimientos están cubiertos por su plan de seguro y obtenga cualquier autorización o referencia necesaria antes de su cita. Su médico puede recomendar servicios que él/ella considere beneficiosos, pero que pueden no estar cubiertos por el seguro. Es su responsabilidad entender los límites y restricciones que afectan la cobertura de estos servicios. Si su compañía de seguros requiere que utilice un laboratorio u hospital específico, es su responsabilidad notificarnos sobre esto. El reembolso del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Es su responsabilidad entender los límites y restricciones que afectan la cobertura de estos servicios. Si su compañía de seguros requiere que utilice un laboratorio u hospital específico, es su responsabilidad notificarnos sobre esto. El reembolso del seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Como cortesía hacia usted, presentamos todas las reclamaciones por usted. Requeriremos una copia actual de su tarjeta de seguro para poder hacer esto y necesitaremos ser informados de todos los cambios en el estado del seguro. Usted será responsable de todos los copagos, deducibles, montos de coseguro junto con el monto total de cualquier servicio no cubierto. Se espera el pago por los servicios en el momento en que se presten, a menos que se hayan hecho otros arreglos con nuestra oficina de negocios. Para su conveniencia, aceptamos efectivo, giros postales, cheques personales y todas las principales tarjetas de crédito. También entendemos que la atención médica a veces es un evento no planificado, por lo que intentaremos acomodar sus necesidades personales según lo requieran las circunstancias. Para satisfacer mejor sus necesidades, comuníquese con nuestra oficina comercial al (731) 427-9971 con cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestra política y procedimientos financieros. Se espera que los pacientes que no tienen cobertura de seguro (o prueba de cobertura) o que eligen pagar por servicios no cubiertos paguen la totalidad en el momento del servicio. Si no puede pagar el monto total, deberá hacer arreglos de pago satisfactorios con nuestra oficina comercial antes de recibir los servicios.

### III. Servicios de atención preventiva

Su plan de salud puede no proporcionar beneficios para servicios preventivos. Es importante que determine si su plan ofrece beneficios para este servicio y sus directrices al respecto. Utilizamos códigos y directrices estándar de la industria para presentar reclamaciones de seguros basadas en el encuentro y la documentación en los registros médicos. Las leyes actuales sobre fraude/abuso en los procedimientos de facturación nos prohíben cambiar los códigos de procedimiento y/o diagnóstico para que la reclamación sea pagada por la compañía de seguros.

### IV. Aviso de Prácticas de Privacidad - Reconocimiento

Usted tiene el derecho de obtener y leer nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de decidir si firma este consentimiento. Al firmar este formulario, usted consentirá nuestro uso y divulgación de su información de salud protegida para llevar a cabo actividades de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

ELEGÍ recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (Dado por \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_)

NO ELEGÍ recibir una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad

### V. Autorización para Compartir Información de Atención Médica

Esa clínica no divulgará su registro a otros a menos que usted nos indique hacerlo o a menos que la ley nos autorice o obligue a hacerlo. Esta autorización termina solo si lo solicito por escrito. Le permito compartir mi información de atención médica con:

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Por favor, verifique todas las que correspondan:

Solo comparta información CONMIGO

Toda la información de salud

Solo información sobre \_\_\_\_\_

Información de seguro y facturación

Otro \_\_\_\_\_

Entiendo y acepto todo lo anterior:

Firma \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

**(Para pacientes de menor edad, un padre TIENE QUE firmar)**



## Formulario de Historial Medico del Paciente

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Numero de Seguridad Social \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Razon por visita \_\_\_\_\_

**Escala de dolor**

1 2 3 4 5

6 7 8 9 10

siendo 1 el más  
bajo y 10 el más  
alto

Medicamentos actuales \_\_\_\_\_

Operaciones pasadas	Fecha	*	Alergias (medicamentos, alimentarias, etc)	reacciones adversas
_____	_____	*	_____	_____
_____	_____	*	_____	_____
_____	_____	*	_____	_____
_____	_____	*	_____	_____
_____	_____	*	_____	_____

De Fumar: Paquetes al dia \_\_\_\_\_ Numero al Año \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol \_\_\_\_\_ Drogas ilegales \_\_\_\_\_

**Historial Medico Pasado**

\_\_\_\_\_ Cáncer; y si, que tipo? \_\_\_\_\_ Hernia; y si, que tipo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Problemas de Próstata? \_\_\_\_\_ Enfermedad mental; y si, que tipo? \_\_\_\_\_

- |                                |                         |                            |                           |  |
|--------------------------------|-------------------------|----------------------------|---------------------------|--|
| _____ Artritis                 | _____ Calculos biliares | _____ Infarto              | _____ Enfermedad Renal    | _____ Enfermedades de transmisión sexual |
| _____ Asma                     | _____ Glaucoma          | _____ Problemas de corazón | _____ Piedras en el riñón | _____ Derrame Cerebral                   |
| _____ Cirrosis                 | _____ Gota              | _____ Hepatitis            | _____ Neumonía            | _____ Tuberculosis                       |
| _____ Trastorno de coagulación | _____ SIDA/Seropositivo | _____ Hipertensión         | _____ Convulsiones        | _____ Infección de Tracto Urinario       |
|                                |                         | _____ Diabetes             | _____ Enfisema            |  |

**Historial Medico Familiar**

Enfermedades Miembro de la familia (Madre, Padre, Hermana, Hermano, etc.)

**Uso Exclusivo del Médico** (commentaries/notas)

Cáncer de Mama \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Hipertensión \_\_\_\_\_

Cáncer de Prostata \_\_\_\_\_

Cáncer de Riñón \_\_\_\_\_

Piedras en el riñón \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Tiene o ha experimentado cualquier sintoma mientras experimentar el problema que te estan teniendo hoy?  
Por favor encierre Sí or NO

<u>Síntomas Constitucionales</u>	Sí o No	<u>Gastrointestinal</u>		<u>Otorrinolaringología (ORL)</u>	
	Sí o No				
Fiebre	Sí o No	Dolor de abdomen	Sí o No	Infección de oído	Sí o No
Escalofrios		Náuseas/Vomitando	Sí o No	Dolor de garganta	Sí o No
Dolor de cabeza		Indigestión/Acidez	Sí o No	Problemas de Sinusitis	Sí o No
Otra _____		Otra _____		Otra _____	

<u>Ojos</u>		<u>Cardiovascular</u>		<u>Genitourinaria</u>	
Vision borrosa	Sí o No	Dolor de pecho	Sí o No	Problemas al orinar	Sí o No
Diplopía	Sí o No	Vena varicosas	Sí o No	Orina con dolor	Sí o No
Dolor de los ojos	Sí o No	Presión de sanguínea alta	Sí o No	Orina mas a menudo	Sí o No
Otra _____		Otra _____		Otra _____	

<u>Neurológico</u>		<u>Integumentario</u>		<u>Respiratorio</u>	
Temblores	Sí o No	Salpullido	Sí o No	Dificultad respirando	Sí o No
Mareo	Sí o No	Forúnculos	Sí o No	Toso frecuaente	Sí o No
Entumecimiento/Hormigueo	Sí o No	Picazon	Sí o No	Le falta la respiracion	Sí o No
Otra _____		Otra _____		Otra _____	

<u>Endocrino</u>		<u>Musculoskeletal</u>		<u>Hematológico/Linfático</u>	
Sed excesiva	Sí o No	Dolores articulares	Sí o No	Ganglios inflamados	Sí o No
Demasiado caliente o frío	Sí o No	Dolor de cuello	Sí o No	Problema de coagulación de la sangre	Sí o No
Cansado Lento	Sí o No	Dolor de espalda	Sí o No		
Otra _____		Otra _____		Otra _____	

Psicológico

En general, ¿Está satisfecho con su vida?

¿Severemente Siente deprimido(a)/ansioso(a)?

¿Ha considerado suicidio?

Otra \_\_\_\_\_

Médico \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_