

BROWARD UROLOGY
 Elicer Kurzer, M.D., M.P.H.
 Michael Simon, M.D.
 1951 SW 172 Ave, Suite 300
 Miramar, Florida 33029
 Tel (954) 499-7696 | Fax (954) 499-7699
www.browardurology.com

FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE

FECHA DE HOY: _____
 APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____
 DIRECCIÓN: _____ APT #: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
 TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____
 EMAIL: _____ PCP: _____ PCP NUMBER: _____

NOSOTROS PODEMOS DEJAR MENSAJES, RESULTADOS, MENSAJES DE CONFIRMACIÓN DE CITAS, EN LOS ANTERIORES
 TELÉFONOS: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA:

CASA: SI NO CELULAR: SI NO TRABAJO: SI NO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 ESTADO CIVIL: (Encierre en un círculo) SOLTERO (A) CASADO (A) VIUDO(A) DIVORCIADO(A)

EMPLEADOR: _____
 DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE PÓLIZA DE SEGURO

ES LA CONDICIÓN RELACIONADA CON: TRABAJO: _____ FECHA DE ACCIDENTE: _____
 ACCIDENTE DE TRÁNSITO: _____ FECHA DE ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE
 LEGAL DEL PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____	NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
NOMBRE DE SEGURO: _____	NOMBRE DE SEGURO: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
CITY: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____	CITY: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
PHONE: _____	PHONE: _____
# DE POLIZA: _____	# DE POLIZA: _____
GRUPO #: _____	GRUPO #: _____

CONVENIO FINANCIERO:

YO AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE CUALQUIER PAGO Y DE LA INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR ESTE RECLAMO Y LOS RECLAMOS RELACIONADOS.

YO TAMBIÉN ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR AQUELLOS CARGOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR MI COMPAÑÍA DE SUGUROS.

YO TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI ÉSTA CUENTA ES ENTREGADA A UNA AGENCIA DE COLECCIONES O A NUESTROS ABOGADOS, TODOS LOS CARGOS SERÁN RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE/GARANTE.

FIRMA: _____ FECHA: _____

**Asignación de Beneficios/Derechos de Pagos, Responsabilidad del Paciente y
Forma para la Autorización de la Divulgación de Información**

**21st Century Oncology, LLC
Broward Urology
PO BOX 86215 ORLANDO, FL 32886-2152**

Yo, el abajo firmante, irrevocablemente le asigno a mi médico / entidad tratante referenciado a continuación como ("Proveedor"), todos mis derechos y beneficios así como cualquier otro interés que yo tenga en cualquier plan de seguro, plan de beneficios de salud, plan de indemnización, fideicomiso, fondo o cualquier otra fuente de pago para servicios de cuidado médico (cada uno "Plan") en conexión con los servicios prestados por el Proveedor, sus empleados y agentes. Yo entiendo que este documento es una asignación directa de mis derechos y beneficios bajo mi Plan.

Yo indico a mi compañía de seguros de pagar a Proveedor directamente por los beneficios por gastos profesionales o médicos pagaderos a mí. Si mi póliza actual prohíbe el pago directo al Proveedor, yo daré instrucción a mi compañía de seguros para que realice el cheque a nombre mío y lo enviaré directamente a la dirección de apartado postal referenciado en la parte superior para el pago de mis beneficios profesionales o médicos pagaderos bajo mi Plan como pagos hacia el total de los cargos por los servicios prestados. Adicionalmente, acepto y entiendo si recibo fondos por parte de mi compañía de seguros como resultado de servicios prestados por el Proveedor, serán inmediatamente cedidos y enviados directamente al Proveedor.

Responsabilidad del Paciente:

Yo reconozco y acepto que yo soy responsable por todos los cargos por servicios prestados a mí que no sean cubiertos por mi Plan o por los que soy responsable bajo mi Plan. En la medida en que no exista cobertura bajo mi Plan, yo reconozco que yo soy responsable por todos los cargos por los servicios prestados y acepto pagar todos los cargos no cubiertos por mi Plan.

Divulgación de Información:

Yo autorizo al Proveedor y/o a sus agentes para que divulguen cualquier información médica u otra información acerca de mí en su posesión a mi Plan, la Administración del Seguro Social, cualquier agencia administrativa del estado, o sus intermediarios o agentes fiscales necesarios o solicitados en conexión con cualquier reclamo por servicios prestados a mí por el Proveedor.

Una fotocopia de esta Asignación será considerada tan efectiva y válida como la original.

Firma del Paciente/Persona Legalmente Responsable

Fecha: _____

Escriba Nombre del Paciente/Persona Legalmente Responsable

Relación con el Paciente
(Si firmado por la Persona Legalmente Responsable)

21st Century Oncology, LLC
Broward Urology

RECONOCIMIENTO DE RECEPCIÓN EL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo, por medio de la presente reconozco que una copia de las Prácticas de Privacidad me fue entregada.

Si vine al servicio de cuidados médicos en una situación de tratamiento de emergencia, una Notificación me fue entregada tan pronto como fue razonablemente factible luego del tratamiento de la situación de emergencia.

Firma del Paciente o Representante

Fecha

Escriba Nombre

.....
PARA USO DE LA OFICINA ÚNICAMENTE

Si un reconocimiento no es obtenido, por favor completar la información a continuación:

Nombre del Paciente: _____

Día en que se intentó obtener el reconocimiento: _____

Razón por la cual el reconocimiento no fue obtenido:

- Paciente/Miembro de la familia recibió la notificación pero rehusó firmar el reconocimiento
- Situación de tratamiento de Emergencia
- Paciente incapacitado sin un miembro familiar presente
- Incapacidad de comunicación debido a barreras de lenguaje
- Otras (por favor describir abajo)

Firma del Empleado

Fecha

Utilice esta forma durante el registro de pacientes para documentar cualquier solicitud para autorizar y/o restringir como su información referente a la salud es divulgada a amigos/miembros familiares/otros. Utilícela también para cualquier solicitud de comunicación confidencial.

Autorización por parte del Paciente para Divulgación general y/o Solicitud de Restricciones de La Información Médica Protegida (IMP) y Solicitud de Comunicación Confidencial

Yo, por medio de la presente solicito el siguiente uso o divulgación de mi Información Médica Protegida como es descrito a continuación:

Nombre del Paciente	Fecha de Nacimiento	Número de Record Médico
Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código ZIP)		Teléfono

Solicito que mi información médica o récord de facturación

Yo autorizo a las personas enumeradas a continuación para que tenga(n) acceso a mi información médica. Estas personas pueden llamar y hablar con la enfermera/doctor sobre mi caso. Tengo el derecho de terminar este convenio en cualquier momento informando a un representante de la oficina del doctor.

NO discutir o proveer información a los siguientes individuos o entidades:

Nombre Autorizado Relación con el Paciente

Nombre Autorizado Relación con el Paciente

*Solicito la utilización de SOLAMENTE la siguiente dirección y/o número(s) de teléfono para contactarme en referencia a información acerca de mi salud o facturación:

Derechos del Paciente: La oficina de su médico debe permitirles a sus pacientes solicitar restricciones para su IMP. Los pacientes pueden solicitar la restricción de la utilización y divulgación de la Información Médica Protegida para llevar a cabo tratamientos, y operaciones acerca del cuidado de la salud; revelación a miembro familiar, o pariente, amigo personal cercano, o cualquier otra persona identificada por el paciente de la Información Médica Protegida directamente relevante al la participación en el cuidado del paciente; y divulgaciones de IMP para notificar o asistir en la notificación de un miembro familiar, un representante personal, u otra persona responsable del cuidado del paciente, de la ubicación del paciente, condición general, o muerte. Toda solicitud de restricciones debe ser sometida por escrito.

Responsabilidades de la Oficina del Doctor: La oficina de su médico no está obligada a conceder la mayoría de las restricciones y excluye de conceder restricciones que podrían violar la ley. Si aceptamos la restricción, cumpliremos con ella a no ser que usted solicite terminar dicha restricción o le notifiquemos que hemos terminado con el acuerdo. Si usted requiere de tratamiento de urgencia, nosotros podremos revelar la información restringida sin su consentimiento de ser necesario para proveerle de tratamiento.

Firma del Paciente o representante Legal	Fecha:
------------------------------------------	--------

Si es firmado por representante legal, Relación con el Paciente

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PERSONAL MEDICO DE LA OFICINA UNICAMENTE



Elicer Kurzer, M.D., M.P.H.
Michael Simon, M.D.

Política de Cancelación/ No Asistencia
a las Citas Médicas y Procedimientos en la Oficina

1. Política de Cancelación/No Asistencia a la Cita Médica

Nosotros entendemos que hay circunstancias involuntarias en las que usted debe perder una cita médica debido a emergencias u obligaciones laborales o familiares. Sin embargo, cuando usted no llama a cancelar una cita, usted no permite que otro paciente reciba el tratamiento que está necesitando. Por el contrario, puede surgir una situación en donde otro paciente no cancela su cita y no podremos asignarle una visita a usted, debido a aparentemente las citas para ese día están tomadas. Si una cita no es cancelada por lo menos con 24 horas de anticipación, se le cargará una penalidad de veinte dólares (\$20.00) en efectivo. **ESTE COBRO NO ES CUBIERTO POR SU COMPAÑÍA DE SEGUROS MÉDICO.**

2. Citas Programadas

Nosotros entendemos que tardanzas pueden suceder, sin embargo debemos tratar de cumplir con los horarios de otros pacientes y de los médicos. Si un paciente llega 15 minutos después de su tiempo de cita programada tendremos que reprogramar su visita.

3. Todos los saldos de su cuenta se deben pagar en el momento del servicio

Los pacientes que tengan preguntas acerca de sus facturas o quienes quisieran discutir un plan de pago, pueden llamar al servicio de facturación al (786) 999-6509

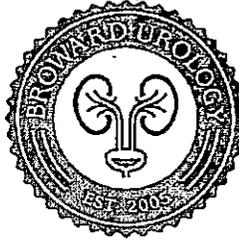
Escriba Nombre del Paciente

Firma del Paciente/ Guardián

____/____/____
Fecha

____/____/____
Fecha de Nacimiento

Cuenta del Paciente#
(Para uso de la oficina)



Eliecer Kurzer, M.D., M.P.H.
Michael Simon, M.D.

Broward Urology Patient Chart Portal Access

Date: _____

Patient Name: _____ DOB: _____

Dear patient,

In order to have access to your Broward Urology Patient Portal, we require the following information.

Please PRINT your personal email address: _____

Please provide a user name of your choosing: _____

Once your information is entered, an email will be sent to you with instructions on how to log in to.

<https://patientportal.intrinsiq.com/1038>

Please maintain this information in a private safe place. You will be prompted to change your password again in order to gain access. Should you have any questions please feel free to contact us.

Messages and requests sent to your doctor's office are NOT monitored 24/7.

If you are experiencing a medical emergency, you should call 911 immediately.

Results will not be review under the Patient Portal; you must follow up for results.

BROWARD UROLOGY
1951 SW 172 AVE., SUITE 300, MIRAMAR, FL 33029
TEL: 954.499.7696 FAX: 954.499.7699 NURSES STATION FAX: 954.251.5293

Aviso de Prácticas de Privacidad
21st Century Oncology, LLC
Broward Urology

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DIVULGADA, Y DE CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELO ATENTAMENTE.

Cada vez que usted visita a su médico o recibe tratamiento de parte nuestra, un registro es realizado. Este récord puede contener sus síntomas, examen físico y resultados de exámenes, diagnósticos, tratamientos, planes para futuro manejo o tratamiento, e información relacionada con facturación. Este aviso aplica para todos los registros sobre su cuidado por su médico.

Nuestras Responsabilidades

Nosotros estamos obligados por ley en mantener la privacidad de la información médica protegida, de proveerle un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a esa información médica protegida, y de notificarle al individuo afectado por una brecha en la información protegida no asegurada. Nosotros acataremos los términos del aviso actualmente vigente.

Utilización y Divulgación - ¿Cómo Podemos Nosotros Utilizar y Divulgar su Información Médica Protegida (IMP)?

Para Tratamiento: Nosotros podremos utilizar su IMP para proveerle de tratamiento o servicios. Podemos divulgar su IMP con médicos, enfermeras, u otro personal que esté envuelto en su cuidado. Por ejemplo, podremos necesitar comunicarnos con su médico de cabecera o primario para planear su tratamiento y seguimiento.

Para Pagos: Podremos utilizar y divulgar su IMP sobre su tratamiento y servicios para la facturación y obtención de remuneración de parte suya, su compañía aseguradora, o un tercer pagador.

Para Operaciones en la Atención Médica: Podremos utilizar o divulgar, de ser necesario, su IMP para manejar nuestra práctica. Por ejemplo, miembros del equipo médico y/o del de mejoramiento de la calidad podrían utilizar su récord de salud para revisar nuestro cuidado y rendimiento en su caso y de otros como el suyo. Los resultados serán luego utilizados para el mejoramiento en la calidad del cuidado de todos los pacientes a quienes servimos.

También podremos utilizar y divulgar su IMP:

- Con empresas asociadas con las que se han realizado contratos para realizar servicios acordados
- Para recordarle acerca de su próxima cita para su cuidado médico
- Para evaluar su satisfacción con respecto a nuestros servicios
- Para informarle acerca de alternativas de tratamiento posibles
- Para informarle acerca de beneficios o servicios relacionados con la salud
- Para llevar a cabo actividades de gestión o actividades de coordinación en su cuidado
- De contactarlo como parte de nuestros esfuerzos para la recaudación de fondos, si alguna, aunque usted tiene el derecho de optar por no aceptar tales comunicaciones.
- Para informar a Directores Funerarios de conformidad con la ley aplicable.
- Para actividades basadas en la población relacionadas con el mejoramiento de la salud o la disminución de los costos médicos.
- Para conducir programas de entrenamiento o revisar la competencia de los profesionales de la salud.

Individuos Involucrados en su Cuidado o en el Pago de su Cuidado: Podremos liberar su IMP a un amigo o familiar que esté involucrado en su cuidado médico o a quién le ayuda a pagar de su cuidado médico.

Investigación: Podremos divulgar su IMP a investigadores cuando una junta de revisión institucional haya aprobado su liberación basados en protecciones adecuadas, para garantizar la privacidad de su IMP y según lo permitido por la ley.

Futuras Comunicaciones: Podremos comunicarnos con usted mediante boletines, programas de bienestar, u otras iniciativas basadas en la comunidad o en actividades en las cuales nuestra práctica médica participa.

Como es Requerido por la Ley: Nosotros también podremos divulgar su IMP a las siguientes entidades, incluyendo y no limitadas a:

- A la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos
- Salud Pública o autoridades legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidad, o cualquier amenaza a la salud y la seguridad.
- Instituciones Correccionales si usted está en custodia por una institución correccional, o de un agente de la ley.
- Agentes de Compensación de los Trabajadores.
- Organizaciones de donación de órganos y tejidos
- Autoridades de comando militar
- Agencias de supervisión de salud
- Directores funerarios, médicos forenses, y examinadores médicos
- Seguridad Nacional y agencias de inteligencia
- Servicios de protección de la Presidencia y otros

Aplicación de la Ley / Procedimientos Legales: Podremos divulgar su IMP para la aplicación de la ley como es requerido por la legislación o en respuesta a un comparendo (Subpoena) válida o una orden de la corte.

Aviso de Prácticas de Privacidad (Página 2)
21st Century Oncology, LLC
Broward Urology

Otros Usos de su IMP que requieren de su Autorización

Uso y divulgación de su IMP que impliquen la liberación de notas de psicoterapia (si alguna), mercadeo, o venta de su IMP, o cualquier otro uso o divulgación no descritos en esta notificación o requeridos por la ley serán realizados solamente mediante un permiso escrito de manera individual por Usted. Si usted nos autoriza a utilizar o divulgar su IMP, usted puede revocar esa autorización por escrito en cualquier momento. Si usted revoca la autorización, nosotros no continuaremos divulgando su IMP por las razones expuestas en su revocación suministrada por escrito. Usted debe entender que nosotros no podremos regresar cualquier divulgación de su IMP que se hayan efectuado previo a su revocación, y que estamos obligados a conservar nuestros records o registros del cuidado que le hemos provisto.

Sus Derechos con respecto a su Información Médica

Aunque su registro acerca de su salud es de propiedad física del profesional de la salud o de la institución que la compiló, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar su IMP. Usted puede solicitar el acceso a sus records poniéndose en contacto con nosotros. Usted también puede solicitar que enviemos su Información Médica directamente a otra persona basados en instrucciones por escrito y firmadas por usted. En limitadas circunstancias, nosotros podemos negar su solicitud de inspección o copia. Si usted obtiene una negación al acceso a su IMP, usted puede solicitar en algunas situaciones a que dicha negativa sea revisada. Otro profesional de la salud elegido por nosotros revisará su solicitud y la negación. La persona encargada de revisar la evaluación no será la persona que negó su solicitud. Nosotros acataremos el resultado de la revisión. Nosotros nos reservamos el derecho de cobrarle una tarifa razonable para cubrir el costo incurrido al proveerle una copia de nuestros records.
- Solicitar una enmienda o rectificación. Si usted siente que la IMP que tenemos acerca de usted es incorrecta o que está incompleta, usted puede solicitar que se realice una enmienda de la información haciendo una solicitud por escrito en la que explique la razón por la cual solicita dicha enmienda: Usted tiene el derecho de solicitar la corrección siempre y cuando la información sea mantenida por o para nosotros. Nosotros podremos negar su solicitud de enmienda; si esto ocurre, usted será notificado de la razón por la cual fue denegada.
- Solicitar un informe acerca de las divulgaciones. Esto es una lista de algunas divulgaciones que hacemos de su IMP para fines distintos a los de tratamiento, pagos, operaciones en el cuidado de la salud, o ciertas operaciones autorizadas.
- Solicitar restricciones o limitaciones en la IMP que usamos o divulgamos acerca de su tratamiento, pagos, u operaciones en el cuidado de la salud. Usted también tiene el derecho de solicitar un límite en la información médica que nosotros divulgamos acerca de usted a la persona que esté envuelta en su cuidado o el pago del mismo, como miembro(s) de la familia o amigo (s). Por ejemplo, usted puede solicitar que no usemos o divulguemos información acerca de una cirugía que usted haya tenido. Nosotros no tenemos la obligación de aceptar su solicitud, excepto a como se describe a continuación. Si estamos de acuerdo con usted, nosotros cumpliremos con su solicitud a no ser que esa información sea necesaria para proveerle de tratamientos de emergencia. Si usted nos solicita el no divulgar su IMP a su plan de salud, nosotros aceptaremos su solicitud, siempre y cuando (i) la información a divulgar sea necesaria para el propósito de pagos o de operaciones del cuidado de la salud, y que no sea requerida por la ley y (ii) la información se relacione con artículos o servicios que alguien diferente de su plan de salud haya pagado por completo.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted tiene el derecho de solicitar que nosotros nos comuniquemos con usted acerca de asuntos médicos de una cierta manera o en determinado lugar. Por ejemplo, usted puede solicitar que nosotros le contactemos a su trabajo o mediante el servicio postal de Estados Unidos. Nosotros accederemos a la solicitud de comunicación confidencial en sitios alternativos y/o a través de medios alternativos sólo si su solicitud es presentada por escrito, y dicha solicitud por escrito incluye una dirección donde usted recibe sus facturas por los servicios prestados por la institución y la correspondencia relacionada con los pagos de los servicios. Por favor, entienda que nosotros nos reservamos el derecho de contactarle de otras maneras y en otros sitios si usted falla en responder a toda comunicación de parte nuestra que requiera una respuesta.
- Una copia de esta notificación. Usted puede solicitarnos una copia de esta notificación en cualquier momento. Aunque usted haya aceptado recibir esta notificación de manera electrónica, usted tiene derecho a una copia en papel de este documento. Usted puede obtener una copia de esta notificación en el sitio de página de la red en www.21centuryoncology.com

Cambios en esta Notificación:

Nosotros nos reservamos el derecho de cambiar esta notificación; la notificación revisada tendrá efecto sobre la información que tengamos acerca de usted, así como también de aquella que recibamos en el futuro. La certificación actual se publicará en la institución e incluirá la nueva fecha vigente. Copias de cualquier notificación revisada estarán disponibles en nuestro portal de internet y le serán provistas en su próxima cita a nuestra institución luego de la fecha vigente.

Quejas:

Si usted cree que sus derechos a la privacidad han sido violados, usted puede presentar una queja comunicándose con nuestro Oficial de Privacidad en la línea gratuita 1-866-679-8944, o comunicándose con la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos

Usted no será penalizado por presentar una queja.

Para mayor información, favor contactar:

Oficial de Privacidad:
2270 Colonial Boulevard
Fort Myers, FL 33907
1-866-679-8944

BROWARD UROLOGY
 Eliecer Kurzer, M.D., M.P.H.
 Michael Simon, M.D.
 1951 SW 172 Ave, Suite 300
 Miramar, Florida 33029
 Tel (954) 499-7696 | Fax (954) 499-7699
www.browardurology.com

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA: _____

<u>Alérgicos/Inmunológicos</u> <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Otros	<u>Ojos</u> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Otro	<u>Genitourinario</u> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Goteo de orina <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Problemas de erección <input type="checkbox"/> Eyacuación precoz <input type="checkbox"/> Dolor en flancos <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a Orinar <input type="checkbox"/> Falla renal <input type="checkbox"/> Infección renal <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna <input type="checkbox"/> Nocturia <input type="checkbox"/> Infección de próstata <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Micción en goteo <input type="checkbox"/> Dolor supra-púbico <input type="checkbox"/> Inflamación de los testículos o escroto	<u>Musculo-esquelético</u> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello/ rigidez <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<u>Cardiovascular</u> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/ angina <input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Endurecimiento de Las arterias <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Falla Cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Ritmo irregular del corazón <input type="checkbox"/> Baja tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral <input type="checkbox"/> Ortopnea <input type="checkbox"/> Dolor/calambres con ejercicio <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> Saltos en el latido del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazones <input type="checkbox"/> Otros	<u>Endocrino</u> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Pituitaria <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Cansancio/lentitud <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/ frio <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Frecuencia para orinar <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto Urinario <input type="checkbox"/> Retención urinaria <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Descargas/problemas Vaginales <input type="checkbox"/> Chorro de orina débil <input type="checkbox"/> Otros	<u>Neurológico</u> <input type="checkbox"/> Derrame o infarto cerebral <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Problemas de balance <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad de brazos y/o piernas <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Problemas de lenguaje
<u>Constitucional</u> <input type="checkbox"/> Aflcción/dolor <input type="checkbox"/> Cambios en apetito <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofrío <input type="checkbox"/> Oleadas de calor <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Debilidad general <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Ganancia de peso <input type="checkbox"/> Otro	<u>Ojos</u> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Otro	<u>Hematológico/Linfático</u> <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Problemas de la coagulación De la sangre <input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> HIV/SIDA <input type="checkbox"/> Uso de drogas intravenosas <input type="checkbox"/> Anemia de células Falciformes (Sickle) <input type="checkbox"/> Otros	<u>Psicológico</u> <input type="checkbox"/> Insatisfecho con la vida <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresivo <input type="checkbox"/> Ha considerado el suicidio <input type="checkbox"/> Otro
	<u>Gastrointestinal</u> <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Nausea/Vómito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Fecales con sangre <input type="checkbox"/> Retortijones <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Cambio en el movimiento Intestinal <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Flatulencia <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Fecales negras <input type="checkbox"/> Otros		<u>Respiratorio</u> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfisema/Bronquitis <input type="checkbox"/> Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Falta de respiración <input type="checkbox"/> Sibilancia/ silbido en los pulmones <input type="checkbox"/> Otro
			<u>Piel</u> <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Nacidos o forúnculos <input type="checkbox"/> Picazón persistente <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel <input type="checkbox"/> Cambios en lunares <input type="checkbox"/> Cambios en la pigmentación de la Piel <input type="checkbox"/> Otros

Nombre: _____

Fecha: _____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor marque con " V " en aquellas enfermedades o condiciones médicas que haya padecido:

<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención	<input type="checkbox"/> Enfermedad Cerebro - Vascular	<input type="checkbox"/> Corazón Engrandecido	<input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática
<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad	<input type="checkbox"/> Colecistitis	<input type="checkbox"/> Epilepsia	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Pulmón
<input type="checkbox"/> Alcohólicismo	<input type="checkbox"/> Colelitiasis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Fibroquística de la Mama	<input type="checkbox"/> Cáncer de Pulmón
<input type="checkbox"/> Alergias	<input type="checkbox"/> Síndrome de la Fatiga Crónica	<input type="checkbox"/> Fibromialgia	<input type="checkbox"/> Linfoma
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer	<input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica del Hígado	<input type="checkbox"/> Cáncer Gástrico	<input type="checkbox"/> Melanoma
<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Crónica del Pulmón	<input type="checkbox"/> Bocio	<input type="checkbox"/> Enfermedad Mental
<input type="checkbox"/> Aneurisma	<input type="checkbox"/> Falla Renal Crónica	<input type="checkbox"/> Gota -	<input type="checkbox"/> Migraña
<input type="checkbox"/> Angiña	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Fiebre del Heno	<input type="checkbox"/> Estenosis de la Válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Anorexia	<input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Ataque Cardíaco	<input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral
<input type="checkbox"/> Desorden de Ansiedad	<input type="checkbox"/> Cáncer de Colon	<input type="checkbox"/> Problemas de Válvulas Cardíacas	<input type="checkbox"/> Paperas
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Afección del Colon	<input type="checkbox"/> Soplo Cardíaco	<input type="checkbox"/> Crisis Nerviosas
<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Enfermedad Congénita del Corazón	<input type="checkbox"/> Hemorroides	<input type="checkbox"/> Obesidad
<input type="checkbox"/> Aneurisma de la Aorta	<input type="checkbox"/> Falla Cardíaca Congénita	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis
<input type="checkbox"/> Estenosis de la Válvula Aortica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Crohn	<input type="checkbox"/> Hernia de Disco	<input type="checkbox"/> Pancreatitis
<input type="checkbox"/> Insuficiencia de la Válvula Aortica	<input type="checkbox"/> Sordera	<input type="checkbox"/> Hernia Hiatal	<input type="checkbox"/> Cáncer de Páncreas
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Trombosis de Venas Profundas	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Úlcera Péptica
<input type="checkbox"/> Fibrilación Auricular	<input type="checkbox"/> Depresión	<input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/> Flebitis
<input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<input type="checkbox"/> Diabetes no Insulino Dependiente	<input type="checkbox"/> Intolerancia a la Glucosa	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hiperplasia Benigna de la Próstata	<input type="checkbox"/> Diabetes Insulino-Dependiente	<input type="checkbox"/> Infertilidad	<input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata
<input type="checkbox"/> Desorden Bipolar	<input type="checkbox"/> Diabetes no Controlada	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Colon Irritable	<input type="checkbox"/> Prostatitis
<input type="checkbox"/> Cáncer de la Vejiga	<input type="checkbox"/> Diarrea	<input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Intestinal	<input type="checkbox"/> Embolismo Pulmonar
<input type="checkbox"/> Trastorno de la Coagulación	<input type="checkbox"/> Desorden de la Alimentación	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal	<input type="checkbox"/> Fisura Rectal
<input type="checkbox"/> Ceguera	<input type="checkbox"/> Infecciones de Oído	<input type="checkbox"/> Infección Renal	<input type="checkbox"/> Cáncer Rectal
<input type="checkbox"/> Tumores Cerebrales	<input type="checkbox"/> Antígeno Prostático (PSA) Elevado	<input type="checkbox"/> Cálculos Renales	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Enfermedad infecciosa	<input type="checkbox"/> Enfermedades de Transmisión Sexual
<input type="checkbox"/> Cataratas		<input type="checkbox"/> Cáncer de Laringe	<input type="checkbox"/> Anemia de Células Falciformes
		<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Ataque Cerebral
			<input type="checkbox"/> Intento de Suicidio
			<input type="checkbox"/> Cáncer de Testículo
			<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides
			<input type="checkbox"/> Tuberculosis

Nombre: _____ Fecha: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Por favor marque con "V" en las cirugías que haya tenido, e incluya la fecha de la cirugía:

Amputación	_____	Cirugía Facial	_____	Orquiectomía	_____
Angioplastia	_____	Cirugía de los Pies (D, I o ambas)	_____	Inserción de Marcapasos	_____
Reparación Aneurisma Aórtico	_____	Cirugía Gástrica	_____	Paraidectomía	_____
Apendicectomía	_____	Cirugía de la Mano (D, I o ambas)	_____	Implante en Pene	_____
Cirugía Artroscópica	_____	Cirugía Cardíaca	_____	Gastrostomía Percutánea Endoscópica	_____
Cirugía de Espalda	_____	Trasplante Cardíaco	_____	Trasplante Renal	_____
Cirugía Bariátrica	_____	Hemorroidectomía	_____	Cirugía del Manguito Rotador	_____
Cirugía de Vejiga	_____	Herniorrafia	_____	Septoplastia	_____
Resección de Intestinos	_____	Cirugía de Cadera	_____	Cirugía de senos Paranasales	_____
Braquiterapia	_____	Hidrocelectomía	_____	Injerto de Piel	_____
Cirugía cerebral	_____	Derivación Urinaria a Conducto Ileal	_____	Espermatoclectomía	_____
Cirugía de Senos/Mama	_____	Ileostomía	_____	Esplenectomía	_____
Biopsia de Próstata	_____	Cirugía de Próstata con Láser	_____	Cirugía de Estómago	_____
Bypass de Artería Coronaria	_____	Herniorrafia Inguinal	_____	Cirugía de Amígdalas	_____
Cirugía de Carótida	_____	Cirugía de Rodilla (D, I o ambas)	_____	Cirugía de Tiroides	_____
Cirugía del Túnel Carpiano (D, I o ambos)	_____	Laminectomía	_____	Cirugía de Art. Temporo-Mandibular	_____
Cirugía de Catarata (D, I o ambos)	_____	Laparoscopia	_____	Terapia Trans-uretral de Microondas	_____
Cirugía de Columna Cervical	_____	Laparotomía	_____	Resección Trans-Uretral de Próstata	_____
Colecistectomía	_____	Cirugía en Piernas (D, I o ambas)	_____	Cirugía en Piernas (D, I o ambas)	_____
Circuncisión	_____	Cirugía de Hígado	_____	Hernia Umbilical	_____
Resección del Colon	_____	Lumpectomía	_____	Ureteroscopia	_____
Colonoscopia	_____	Cirugía de Pulmón	_____	Varicocelectomía	_____
Cirugía de Córnea (D, I o ambas)	_____	Dissección de Ganglio Linfático	_____	Vasectomía	_____
Resección Trans-Uretral e Próstata	_____	Lisis de Adhesiones	_____	Cirugía de Várices	_____
Remoción de Quistes	_____	Mastectomía	_____	Reparación de Hernia Ventral	_____
Partos (Vaginales o Cesáreas)	_____	Cirugía de Mastoides	_____	VLAPP	_____
Cirugía de Oído (D, I o ambos)	_____	Meatotomía	_____	OTROS NO LISTADOS	_____
Endoscopia Digestiva Superior	_____	Cirugía Nasal	_____	_____	_____
Epididimectomía	_____	Biopsia por Aspiración con Aguja	_____	_____	_____
Litotripsia Extracorpórea	_____	Nefrectomía	_____	_____	_____
Cirugía Ocular (D, I o ambos)	_____	Cirugía Ocular (D, I o ambos)	_____	_____	_____
		Nefrolitotomía	_____	_____	_____

Nombre: _____ Fecha: _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor encierre con un círculo si algún miembro familiar ha presentado alguna de las siguientes: (Madre, Padre, o hermanos)

Artritis	M	P	H
Mojar la cama	M	P	H
Cáncer de Vejiga	M	P	H
Cáncer (Sitio desconocido)	M	P	H
Enfermedad de Crohn	M	P	H
Depresión	M	P	H
Diabetes	M	P	H
Gota	M	P	H
Ataque Cardíaco	M	P	H
Hipertensión	M	P	H
Enfermedad Renal	M	P	H

Cálculos Renales	M	P	H
Cáncer de Laringe	M	P	H
Leucemia	M	P	H
Melanoma Maligno	M	P	H
Esclerosis Múltiple	M	P	H
Cáncer de Páncreas	M	P	H
Cáncer de Próstata	M	P	H
Derrame Cerebral	M	P	H
Enfermedad de la Tiroides	M	P	H
Tuberculosis	M	P	H
Otros	M	P	H

HISTORIA SOCIAL

Por favor provea de la siguiente información:

Estado Civil o Marital: Por favor indique el número de años:

Soltero: _____ Casado: _____ Separado: _____ Divorciado: _____

Viudo: _____ Compañero de Vida: _____ Pareja de Hecho: _____

Dependientes: Por favor indique # de cada uno, si usted tiene:

Hijos: _____ Hijas: _____ Hijastros: _____ Adoptados: _____

Padres: _____ Abuelos: _____ Otros: _____

Ocupación: Por favor marque con "✓" en aquella que aplique:

Sin Empleo: _____ Obrero: _____ Conductor de Camión: _____ Artesano: _____
Oficinista: _____ Administrador: _____ Ejecutivo: _____ Profesional: _____
Medio-tiempo: _____ Retirado: _____ Otro: _____

Aficiones o Hobbies: Por favor marque con "✓" en aquella que aplique:

Ninguno: _____ Golf: _____ Tenis: _____ Adoptados: _____
Padres: _____ Abuelos: _____ Otros: _____

Consumo de Alcohol:

No: _____ Si - Ocasional: _____ # de Tragos por día: _____

Uso de Tabaco:

No: _____ Si: _____ # de paquetes por día: _____ Cigarrillos por día: _____ Cigarrillos sin humo: _____
Si anteriormente fumó, ¿Cuándo dejó de fumar? _____

Uso de Drogas Recreacionales:

No: _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor enumérelas:

Bebidas Cafeinadas:

No: _____ Bajo Consumo: _____ Moderado Consumo: _____ Excesivo _____

International prostate symptom score (IPSS)

Nombre: _____

Date: _____

	No, en absoluto	Menos de 1 vez en 5	Menos de la mitad del tiempo de	Alrededor de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo de	Casi siempre	Su puntuación
El vaciamiento incompleto Durante el mes pasado, ¿cuántas veces has tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
Frecuencia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces has tenido que volver a orinar menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5	
Intermitencia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces has encontrado lo detiene y se inicia de nuevo varias veces al orinar?	0	1	2	3	4	5	
Urgencia Durante el último mes, usted lo ha encontrado difícil a posponer el orin?	0	1	2	3	4	5	
Corriente debil Durante el último mes, ¿cuántas veces ha tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5	
Esfuerzo Durante el mes pasado, ¿cuántas veces han tenido que hacer presión o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5	

	Nunca	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 veces o mas	Su puntuación
Nicturia Durante el mes pasado, ¿cuántas veces suele levantarse a orinar el momento en que fui a la cama hasta el momento en que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5	

IPSS puntuacion total	
------------------------------	--

Calidad de vida debido a los sintomas urinarios.	Encantado	Encantado	Parcialmente satisfecho	Mixta - prácticamente e igual de	Parcialmente insatisfecho	Descontento	Terrible
Si usted fuera a pasar el resto de su vida con su condición urinaria como es ahora, ¿cómo te sientes acerca de eso?	0	1	2	3	4	5	6