

UBICACIONES:

MAIN CAMPUS

6900 Pearl Rd.
Ste. 200
Middleburg Heights, OH
P: 440.845.0900
F: 440.845.7355

Your Appointment is with:

- Adonis Hijaz, MD
- Jaber Alanzi, MD
- Michael Barkoukis, MD, FACS
- Michael T. Berte, MD, FACS
- Lawrence A. Gervasi, MD, FACS
- J. Patrick Spirnak, MD, FACS
- Mackenzie Brown, PA-C
- Alexis Bushee' PA-C, MSPAS
- Timothy May PA-C,

Fecha de la cita:

Hora de la cita:

Secretaria responsable
de las citas:

Gracias por confiar su cuidado a Southwest Urology. En Southwest Urology, proporcionamos servicios urológicos de calidad en cada uno de nuestros centros y nuestro personal se esfuerza por proporcionar a cada uno de nuestros pacientes la atención individualizada que se merecen. Es este acercamiento compasivo, combinado con nuestras instalaciones modernas, ambiente cómodo y el compromiso a utilizar las técnicas más avanzadas del tratamiento disponibles los que ayudan a hacer de Southwest Urology un centro de primera clase de la urología.

Para su primera visita, por favor llene completamente y firme todos los formularios incluidos en su paquete y preséntelos en la recepción a su llegada. Si no puede completar los formularios antes de su primera cita, por favor llegue 30 minutos antes para completarlos en la oficina. Si necesita reprogramar o cancelar su cita, por favor llame al menos 24 horas antes de su visita programada.

SU PRIMERA VISITA

Para evaluar su salud, es sumamente importante que recibamos su historial médico antes de la hora de su visita programada. Por favor, haga los arreglos necesarios para que su médico los envíe a nuestra oficina antes de su cita inicial. Para proporcionarle una atención de la máxima calidad, su médico tendrá que revisar todos los informes patológicos, quirúrgicos, radiografías, resultados de laboratorio, notas médicas y registros de pacientes hospitalizados que estén disponibles.

Aceptamos la mayoría de las compañías de seguros y nuestro personal trabajará con usted para asegurarse de que tiene la cobertura que necesita.

PEDIMOS QUE LOS PACIENTES SIEMPRE...

- Traigan las tarjetas del seguro y un documento de identidad con fotografía a cada visita. Si hay un plan de seguro secundario, un plan suplementario de Medicare, o un plan de prescripción, por favor asegúrense de traer todas sus tarjetas.
- Manténganos informados de cualquier cambio en sus datos vitales, comodirección, número de teléfono, situación laboral, estado civil o seguro.
- Proporcionen una lista actualizada de medicamentos en cada visita al consultorio; es necesario que revisemos todos los medicamentos recetados y de venta libre que se estén tomando en ese momento, incluidas las vitaminas, hierbas, aspirinas, Tylenol, etc. A algunos pacientes les resulta más conveniente traer los frascos de medicamentos a la cita.
- Permitan un plazo de 72 horas para el resurtido de recetas. Por favor, tengan en cuenta que algunas recetas de analgésicos no permiten resurtirlas, por lo que solicitamos que los pacientes se pongan en contacto con nosotros antes de que seles acabe el medicamento.
- Tengan en cuenta el sistema inmunológico comprometido de otros pacientes y se abstengan de traer niños a sus citas. Si se sienten mal, por favor llámenos antes de su cita para que podamos orientarle.
- Anoten cualquier pregunta o duda que surja para hablarla con el médico. Una vez que un paciente ha concertado una cita, todas las facetas de nuestros servicios desde los resultados de las últimas investigaciones, hasta la tecnología más avanzada, se utilizarán para proporcionarle una atención médica de la máxima calidad.

Una vez más, le damos la bienvenida y le damos las gracias por elegir Southwest Urology. Para más información, por favor visite nuestro sitio web en www.southwesturology.com.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Fecha de hoy: _____

Nombre del paciente: _____

 Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Edad: ___ Género: Masculino Femenino Transexual: M a F F a M

No. de seguro social: _____ Teléfono móvil: (_____) _____ Teléfono: (_____) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección secundaria: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

 Correo electrónico: _____ ¿Podemos enviarle un correo electrónico? Sí No

Idioma preferido: _____

 Etnia/raza: Blanco Hispano/Latino Negro/Afroamericano Nativo Americano

 Asiático / Isleño del Pacífico Otro

Ocupación: _____

 Empleado / Independiente Desempleado Jubilado Discapacitado

Nombre del empleador: _____ Teléfono del trabajo: (_____) _____

 Estado civil: Casado Soltero Viudo Divorciado Otro

 En dónde vive: Vive solo Vive con la familia Vive en un asilo de ancianos

 Residente durante el invierno Residente todo el año

 Hijos: Sí No Si los tiene, ¿cuántos tiene? _____

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Médico remitente (si es otro): _____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

_____ Teléfono: _____

Iniciales del paciente: _____

Primario

Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de Grupo: _____

Secundario

Aseguradora: _____

Nombre del titular de la póliza principal: _____

Fecha de nacimiento del titular de la póliza: _____ No. de seguro social del titular de la póliza: _____

Empleador del tomador del seguro: _____

Número de póliza: _____ No. de Grupo: _____

Cobertura de recetas médicas

No. de Grupo: _____ No. de PCN: _____

No. de BIN: _____ No. de identificación: _____

Certifico que la información que he dado hoy es la mejor posible y lo más completa y exacta posible.
Notificaré al médico/personal cualquier cambio o adición en visitas posteriores.

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

Nombre del testigo: _____ Relación con el testigo: _____

Firma del testigo: _____

FORMULARIO DE HISTORIA MÉDICA

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____

Motivo de esta visita: _____

HISTORIA QUIRÚRGICA:

 Sin cirugía previa

Procedimiento	Fecha	Quién la llevó a cabo
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Tiene un dispositivo implantado, como un marcapasos? Sí No
 En caso afirmativo, proporcione una copia de la tarjeta de su dispositivo para nuestros registros.

¿Alguna vez le han diagnosticado cáncer? Sí No

¿Ha tenido tratamiento de radiación o quimioterapia en el pasado? Sí No

¿Se ha hecho alguna vez una colonoscopia o un examen de detección de cáncer de colon? Sí No

Fecha: _____

ALERGIAS Y SENSIBILIDADES:

(Indique las alergias que tiene y cómo le afecta cada una de ellas.)

 Sin alergias conocidas

 Ninguna alergia conocida a los medicamentos

 Látex

Alergia

Reacción

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Alguna vez ha tenido una reacción a la anestesia? Sí No

HISTORIA MÉDICA FAMILIAR:

Indique cualquier miembro de la familia con cáncer de mama, ovario, páncreas, próstata, melanoma, colon, riñón o útero, enfermedad de la sangre u otra enfermedad.

Edad:

Enfermedad:

Si falleció, causa de muerte:

Padre: _____

Madre: _____

Abuelos maternos: _____

Abuelos paternos: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS:

Indique todos los medicamentos: Con receta, sin receta, vitaminas, suplementos.

Indique la dosis y la frecuencia con la que los toma (ejemplo: Flomax 0.4 mg, 1 comprimido al día).

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre del pedido por correo: _____ Teléfono: (____) _____ No. de identificación: _____

Nombre de la farmacia local: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (____) _____

Iniciales del paciente: _____

HISTORIA SOCIAL:

Riesgos laborales:

Cualquier riesgo ocupacional (como ruido o exposiciones químicas) Sí No Sí es así, ¿qué? _____

Uso de Tabaco: (Presente y/o pasado)

Nunca fumé

Dejé de fumar ¿Cuándo? _____ ¿Cuántos años fumó? _____ año(s) Edad de inicio: _____
 ¿Cuántos paquetes? _____ al día

Actualmente fumo Cigarrillos Pipa Puros Cigarrillos electrónicos

¿Cuántos paquetes? _____ al día ¿Cuántos años? _____

Mastico tabaco Actualmente Anteriormente ¿Cuánto tiempo? _____

Consumo de alcohol: (presente y/o pasado)

No bebo

Número de botellas de cerveza _____ por Día Semana Mes

Número de botellas de vino _____ por Día Semana Mes

Número de botellas de licor _____ por Día Semana Mes

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

(Marque cualquier síntoma pasado o actual que tenga).

Respiratorio:

- Neumonía
- Tuberculosis
- Enfisema
- Asma
- Tos crónica
- Falta de aire
- Sibilancias

Oídos, ojos, nariz y garganta:

- Visión borrosa
- Visión doble
- Glaucoma
- Cataratas
- Pérdida de la audición

Endocrino:

- Diabetes
- Trastorno de la tiroides
- Bochornos
- Sudores nocturnos
- Reemplazo de hormonas

Hematológico:

- Anemia
- Ganglios linfáticos inflamados
- Coágulos de sangre
- Problemas de plaquetas

- Sangrado quirúrgico
- Moretones anormales
- Sangrado de las encías
- Transfusiones de sangre
- Trastorno hemorrágico
- VIH o SIDA

Cardiovascular:

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Ataques al corazón
- Hipertensión
- Insuficiencia cardíaca / Enfermedad del corazón
- Marcapasos
- Endoprótesis cardíaca
- Hinchazón de piernas o pies
- Soplo cardíaco
- Problemas del ritmo cardíaco
- Colesterol alto
- Hipertensión arterial
- Diabetes tipo 1 o tipo 2

Gastrointestinal:

- Estreñimiento
- Vómitos
- Sangrado rectal

- Hepatitis
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Heces de color negro
- Cambios intestinales
- Dolor abdominal
- Hemorroides
- Náuseas

Genitourinario:

- Pérdidas involuntarias de orina
- Micción frecuente
- Dolor al orinar
- Sangre en la orina
- Problemas de vejiga
- Cálculos renales
- Incontinencia
- Problemas de erección
- Protuberancia, bulto o curva con la erección

Musculoesquelético:

- Artritis
- Dolor de huesos
- Gota
- Osteoporosis
- Dolor de espalda

Neurológico:

- Dolor de cabeza / Migraña

- Entumecimiento
- Equilibrio / Mareos
- Apoplejía o ataque isquémico transitorio
- Convulsión
- Pérdida de memoria
- Confusión
- Hormiguelo

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Cambios de apetito
- Pensamientos de suicidio
- Trastornos de pánico

Tegumentario (Piel):

- Sarpullido
- Comezón
- Lesiones de la piel

Ginecológico:

- No. de embarazos: _____
- No. de partos: _____
- Número de cesáreas: _____
- Abortos / abortos naturales?
- Sí No

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS MÉDICOS:

(Mencione los problemas médicos actuales y pasados que han sido tratados y el médico que lo atendió).

Enfermedad / Problema médico

Médico

Firma: _____ Fecha: _____

Iniciales del paciente: _____

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A SOUTHWEST UROLOGY Y SUS ASOCIADOS

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del paciente: _____ No. de seguro social: _____
 (Por favor escriba con letra de molde)

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

INFORMACIÓN QUE DEBE FACILITARSE DE/A:

DE A

Por la presente autorizo la entrega de información de mi historial médico de/a (Nombre del proveedor):

 Dirección Ciudad Estado Código postal

 Teléfono Fax

Incluidos los contenidos relativos al abuso de drogas o alcohol, psiquiátricos, notas de psicoterapia y relacionados con el VIH (SIDA) diagnóstico y/o resultados de pruebas. Exclusiones de lo anterior: _____

INFORMACIÓN QUE SE ENTREGARÁ DE/A:

DE A

Main Campus

6900 Pearl Rd.
 Middleburg Heights, OH
 44130
 Tel: 440.845.0900
 Fax: 440.845.7355

Elyria

5319 Hoag Drive
 Suite 240
 Elyria, OH 44035
 Tel: 440.930.6060
 Fax: 440.695.1028

Medina

3647 Medina Rd.
 Medina, OH 44256
 Tel: 330.725.0600
 Fax: 330.722.4457

TIPO DE REGISTROS:

- TODOS LOS REGISTROS MÉDICOS (solo pertinentes) (limitado a 2 años de información)
- Historia y Físico
- Resumen de alta
- Informe de la operación
- Informe de consultas

- Notas de psicoterapia solamente
- Informes de radiología (Especifique): _____
- Resultados de laboratorio
- Resultados de exámenes hechos anteriormente
- Informes de las salas de emergencias
- Otra información (especifique): _____

EL PROPÓSITO O NECESIDAD DE ESTA INFORMACIÓN ES:

(Por favor marque todas las casillas que correspondan)

Médico Seguro Legal Personal Otro: _____

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

- Autorizo la divulgación de la información especificada de mis registros médicos.
- Entiendo que la información divulgada conforme a esta autorización podría ser divulgada nuevamente por el destinatario y es posible que ya no esté protegida por las leyes federales de confidencialidad (HIPAA). No obstante, en virtud de la legislación de California, el solicitante no podrá seguir utilizando o divulgando la información médica a menos que obtenga otra autorización de mi parte o a menos que dicho uso o divulgación sea específicamente exigido o permitido por la ley en virtud de las leyes estatales de confidencialidad.
- Tengo derecho a retirar el permiso para la divulgación de mi información. Si firmo esta autorización para usar o divulgar mi información, puedo revocar esa autorización en cualquier momento. La revocación deberá hacerse por escrito y no afectará la información que ya haya sido utilizada o divulgada.
- Estoy firmando esta autorización voluntariamente y el tratamiento, el pago o mi elegibilidad para los beneficios no se verán afectados si no firmo esta autorización.
- Una fotocopia de este comunicado es tan efectiva como el original.
- He recibido una copia de esta autorización.

FIRMA:

_____ Fecha: _____
 (Paciente / Representante Legal / Tutor)

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Gracias por elegir a SouthWest Urology como su proveedor de atención médica. Agradecemos la confianza que ha mostrado con su elección y estamos comprometidos a brindarle la más alta calidad de atención médica. Le pedimos que lea y firme este formulario para reconocer que comprende nuestra autorización para el tratamiento, el pago y las políticas financieras del paciente. Si desea recibir una explicación más detallada de nuestras políticas financieras, solicite una copia.

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO Y PAGO DE BENEFICIOS MÉDICOS

Doy permiso a SouthWest Urology para proporcionar servicios médicos para diagnóstico y tratamiento. Autorizo la divulgación de la información médica necesaria para procesar cualquier reclamo por los servicios prestados y para que mi compañía de seguros pague directamente a SouthWest Urology.

USO DE LA FOTOGRAFÍA

Acepto que cualquier identificación con foto tomada en el momento de mi cita se considerará parte de mi registro médico y se utilizará únicamente con fines de identificación.

RECETA MÉDICA ELECTRÓNICA PARA HISTORIAL DE MEDICAMENTOS

Podemos solicitar y utilizar la información de su historial de medicamentos recetados mediante nuestra función de recetas electrónicas. Esto es solo con fines informativos para que un registro actualizado de su medicamento esté disponible para su tratamiento y seguridad.

AUTORIZACIONES DEL PACIENTE

- Con mi firma a continuación, autorizo a SouthWest Urology a divulgar información médica y de otro tipo a las compañías de seguros necesarias y terceros pagadores que requieran el pago o los servicios de salud prestados.
- Con mi firma a continuación, autorizo la asignación de beneficios financieros directamente a SouthWest Urology. Entiendo que soy financieramente responsable por los cargos no cubiertos o negados total o parcialmente por mi(s) plan(es) de seguro.

He leído, comprendo y acepto las disposiciones de este formulario de Autorización para Tratamiento y Pago de Beneficios Médicos.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

COMUNICACIONES ELECTRÓNICAS

Para su comodidad, la oficina se comunica a través de diferentes medios electrónicos, incluido nuestro portal seguro para pacientes, teléfono y mensajes de texto para recordatorios de citas.

Podemos ponernos en contacto con usted en:

¿Casa? Sí No Teléfono _____ ¿Trabaja? Sí No Teléfono _____

¿Teléfono celular? Sí No Número _____

¿Por correo electrónico? Sí No Dirección de correo electrónico _____

¿Podemos enviar un recordatorio de la cita por mensaje de texto? Sí No

¿Podemos dejar un mensaje en su contestador automático o celular? Sí No

¿Cualquier información? Sí No

Limite la información a lo siguiente: _____

¿Podemos dejar un mensaje con un familiar u otra persona en su casa? Sí No

¿Cualquier información? Sí No

Limite la información a lo siguiente: _____

Marque a continuación si NO desea que Orange County Radiation Oncology Center se comunique con usted en cualquiera de los siguientes métodos de comunicación:

Teléfono celular Mensaje de texto Teléfono particular

Correo electrónico seguro Portal del paciente en línea

¿Está bien dejar un mensaje detallado en su correo de voz? Sí No

Firma del paciente o representante

Fecha

Estimado paciente,

Gracias por elegir a Southwest Urology como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindarle atención médica de calidad. Hemos desarrollado una política de pago para ayudarlo a comprender su responsabilidad y la de su compañía de seguros (si corresponde). Lea la política y firme en el espacio proporcionado. Se le proporcionará una copia si la solicita. Si tiene preguntas, háganoslo saber.

1. **Seguro.** Su póliza de seguro es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de su contrato. Como cortesía, facturaremos su plan de seguro por usted, si nos brinda información precisa. Comuníquese con su compañía de seguros si tiene alguna pregunta sobre la cobertura.
 - a. Seguros no contratados: si no estamos contratados con su compañía de seguros, tenga en cuenta que sus gastos de bolsillo pueden ser mayores que los previstos originalmente. Le daremos una estimación de sus costos, pero el monto final adeudado será determinado por el reembolso de su compañía de seguros.
2. **Servicios no cubiertos.** Tenga en cuenta que es posible que algunos de los servicios que reciba no estén cubiertos o que Medicare u otras aseguradoras no los consideren razonables o necesarios.
3. **Presentación de reclamaciones.** Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que proporcione cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con su solicitud. Tenga en cuenta que los cargos por los servicios recibidos son su responsabilidad, ya sea que su compañía de seguros pague o no su reclamo.
4. **Prueba de seguro.** Todos los pacientes deben completar un formulario de información del paciente antes de ver al médico. Le pediremos una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro actual y válida como prueba de seguro
5. **Cambios de cobertura.** Si su seguro cambia, notifique a nuestra oficina de inmediato para que podamos realizar los cambios apropiados en su información de facturación. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, será responsable de todos los cargos incurridos.
6. **Copagos.** Todos los copagos deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros..
7. **Falta de pago.** Tenga en cuenta que, si no paga su parte de la factura, es posible que remitamos su cuenta a una agencia de cobro y es posible que se le exima de esta práctica.

He leído y entiendo la política de pago y acepto cumplir con estas pautas. Entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por mi compañía de seguros.

Firma del paciente o parte responsable

Fecha

Nombre en letra de molde

Relación con el paciente