



Formulario de registro del paciente

Información del paciente

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ MI: _____ Sufijo: _____

Número de seguridad social _____ Sexo: Masculino Femenino Fecha de nacimiento: _____

Estado civil: Casado(a) Soltero(a) Divorciado(a) Viudo(a) Separado(a) legalmente Idioma _____

Raza: Caucásico(a)/blanco(a) Negro(a)/afroamericano(a) Asiático(a) nativo(a) americano(a) Otra: _____

Etnia Hispana Latina Española Mexicana Centroamericana Sudamericana Latinoamericana Puertorriqueña

Cubana Dominicana No hispana/Latina Prefiero no responder

Dirección postal del paciente: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Domicilio físico/alternativo: _____ Ciudad _____ Estado: _____ Código postal: _____

Correo electrónico: _____ N.º de teléfono: _____ N.º del trabajo: _____ N.º celular: _____

Médico remitente: _____ N.º de teléfono: _____

Médico de la familia: _____ N.º de teléfono: _____

Farmacia: _____ Ubicación: _____ N.º de teléfono: _____

Contacto de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono de emergencia: _____

Estado de empleo: Jornada completa Jornada parcial Retirado Desempleado Estudiante (jornada completa) Estudiante (jornada completa)

Empleador/colegio: _____ Podemos comunicarnos con usted a su trabajo Sí NO

Información del cónyuge/garante/padre

Apellido: _____ Nombre de pila: _____ MI: _____ Relación: _____

Fecha de nacimiento: _____ Empleador: _____ N.º de teléfono del trabajo: _____

Información del seguro

Seguro Primario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

El titular de la póliza es: Yo mismo(a) Pareja Pariente Otra: _____ Fecha de nacimiento del titular _____

N.º de póliza: _____ N.º de grupo: _____

Seguro secundario: _____ Nombre del titular de la póliza: _____

El titular de la póliza es: Yo mismo(a) Pareja Pariente Otra: _____ Fecha de nacimiento _____

N.º de póliza _____ N.º de grupo: _____

Autorización para la divulgación de información y para pagar beneficios de seguro. AUC Urologists, LLC está autorizado a liberar información a los proveedores de atención médica que me hayan referido a este médico o que puedan beneficiarse de esta información en el futuro. Autorizo la divulgación de información médica a mi aseguradora, su agencia de gestión de utilización, mi empleador o cualquier otra agencia que asista en el pago de mi atención. En caso de hospitalización, por la presente asigno el pago a AUC Urologists, LLC por beneficios quirúrgicos y/o médicos que de otro modo tendría que pagar yo.

Firma del paciente/padre/tutor

Fecha

Firma del personal de AUC-U

Fecha



Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que tenga actualmente:

Historial médico pasado: Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que tenga actualmente:

- Ninguna
- Ansiedad
- Artritis
- Asma
- Fibrilación auricular (latidos cardíacos irregulares)
- Trasplante de médula ósea
- HPB/Próstata agrandada
- Cáncer de mama
- Cáncer de colon
- EPOC
- Enfermedad Arterial Coronaria
- Depresión
- Diabetes
- Enfermedad Renal en Etapa Terminal
- GERD/reflujo
- Pérdida auditiva
- Hepatitis
- Hipertensión
- VIH / SIDA
- Hipercolesterolemia
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- Leucemia
- Cáncer de pulmón
- Linfoma
- Cáncer de próstata
- Tratamiento de radiación
- Convulsiones
- Accidente cerebrovascular
- Otro _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Cirugías anteriores: ¿Ha tenido alguna cirugía en los siguientes órganos?

- Ninguna
- Apéndice (apendicectomía)
- Extirpación de la vejiga (cistectomía)
- Seno: Biopsia de mama
- Seno: Lumpectomía (seno izquierdo)
- Seno: Lumpectomía (seno derecho)
- Seno: Mastectomía (ambos senos)
- Seno: Mastectomía (seno izquierdo)
- Seno: Mastectomía (seno derecho)
- Colon (Colectomía) Resección de cáncer de colon
- Colon (Colectomía) Diverticulitis
- Colon (Colectomía) Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Colon: Colostomía
- Vesícula biliar (colecistectomía)
- Corazón: Reemplazo de válvula biológica
- Corazón: Cirugía de bypass de arteria coronaria
- Corazón: Trasplante de corazón
- Corazón: Reemplazo de válvula mecánica
- Corazón: Stents
- Hernia
- Reemplazo articular: Cadera (ambas)
- Reemplazo articular: Cadera (izquierda)
- Reemplazo articular: Cadera (derecha)
- Reemplazo articular: Rodilla (izquierda)
- Reemplazo articular: Rodilla (derecha)
- Riñón: Biopsia renal
- Riñón: Extracción de cálculo renal
- Riñón: Trasplante de riñón
- Riñón: Nefrectomía
- Riñón: Nefrectomía parcial
- Hígado: Hepatectomía
- Hígado: Trasplante de hígado
- Hígado: Derivación
- Ovarios (Ooforectomía) Endometriosis
- Ovarios (Ooforectomía) Cáncer de ovario
- Ovarios (Ooforectomía) Quiste ovárico
- Ovarios: Ligadura de trompas



Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que tenga actualmente: Cirugías anteriores:

Continuación de cirugías anteriores:

- Páncreas: VFP con láser (PVP)
- Páncreas: Pancreatectomía
- Próstata: Biopsia de próstata
- Próstata: Prostatectomía
- Próstata: RTUP
- Recto: Resección abdominoperineal
- Recto: Resección anterior baja
- Piel: Carcinoma de células basales
- Piel: Melanoma
- Piel: Biopsia de piel
- Piel: Carcinoma de células escamosas
- Bazo (Esplenectomía)
- Testículos (Orquiectomía)
- Útero (histerectomía): Fibromas
- Útero (histerectomía): Cáncer de útero
- Útero (histerectomía): Cáncer de cuello uterino
- Otro _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Historia ginecológica

- Último período menstrual
- Último examen pélvico
- Última mamografía
- Última prueba de Papanicolaou

Sólo pacientes pediátricos:

- Edad gestacional al nacer (en semanas)
- Peso al nacer _____ libras _____ onzas
- Enfermedad materna durante el embarazo
- Parto con fórceps
- Antecedentes urológicos:
- Ninguna

Antecedentes urológicos:

- Nódulo prostático
- Cáncer (vejiga)
- Cáncer (riñón)
- Cáncer (de pene)
- Cáncer (próstata)
- Cáncer (testicular)
- Cistinuria
- PSA elevado
- Hematuria
- Carcinoma de células renales leiomiomatoso hereditario
- Hidronefrosis
- Infertilidad
- Vejiga neurógena
- Enfermedad renal poliquística
- Priapismo
- Prostatitis
- Insuficiencia renal
- Acidosis tubular renal
- Disfunción sexual
- Enfermedad de transmisión sexual
- Trauma genitourinario
- Tuberculosis
- Esclerosis tuberosa
- Testículo no descendido
- Estrechez uretral
- Incontinencia urinaria
- Retención urinaria
- Infección del tracto urinario
- Litiasis urinaria
- Reflujo vesicoureteral (VUR)
- Hiperplasia prostática benigna (HPB)
- Hematuria (gruesa)
- Hematuria (microscópica)
- Quiste(s) renal(es)
- Otro _____
- _____
- _____
- _____



Seleccione cualquiera de las siguientes condiciones médicas que tenga actualmente:

Antecedentes quirúrgicos urológicos

- Ninguna
- Colposuspensión de Burch
- Crioablación
- Cistectomía
- Litotricia por ondas de choque extracorpóreas
- Histerectomía
- Inserción de esfínter urinario artificial
- Inserción de prótesis peneana
- Marshall-Marchetti-Krantz uretropexia
- Sling de uretra media
- Nefrectomía
- Orquiectomía
- Orquidopexia
- Nefrolitotomía percutánea
- Nefrectomía parcial
- Irradiación pélvica
- Reconstrucción peneana
- Biopsia de próstata
- Nódulo prostático
- Terapia de radiación para la próstata
- Prostatectomía
- Eslinga pubovaginal
- Ablación renal
- Rezum
- Cinta transobturadora

- Resección transuretral de tumor de vejiga
- Resección transuretral de próstata
- Cinta transvaginal
- Colocación de stent uretral
- Ureteroscopia
- Uretroplastia
- Urolift
- Otro _____
- _____
- _____
- _____

Historia familiar

- Ninguna
- Cáncer de vejiga
- Cáncer de riñón
- Cáncer de próstata
- Cáncer testicular
- Cistinuria
- Carcinoma de células renales leiomiomatoso hereditario
- Enfermedad renal poliquística
- Insuficiencia renal
- Acidosis tubular renal
- Cálculos renales (urolitiasis)
- Otro _____
- _____
- _____

MEDICAMENTOS actuales: Enumere TODOS LOS MEDICAMENTOS que está tomando actualmente, INCLUSIVE los de venta libre (adjunte si es necesario)

Nombre del fármaco:	Concentración:	Indicaciones/cómo se toma:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Nombre de la farmacia: _____ Teléfono: _____

Alergias: enumere TODOS los tipos (medicamentos, estacionales, mascotas, alimentos ambientales) : _____



Estado de fumador (QM402, QM226)

Fecha de última evaluación: _____

Comenzó a fumar: _____

Dejó de fumar: _____

Número de paquetes por día: _____

Años totales fumando: _____

Detalles adicionales: _____

Detalles de la historia social

- Ninguna
- No sexualmente activo
- Sexualmente activo con una pareja
- Sexualmente activo con más de una pareja
- Pareja del mismo sexo
- Uso de drogas
- Uso de drogas intravenosas (QM387)
- Uso de drogas por vía intravenosa en los últimos 12 meses (QM387)
- Nada de alcohol
- Menos de 1 bebida alcohólica al día
- Una o dos bebidas alcohólicas al día
- Tres o más bebidas alcohólicas al día
- El paciente se siente a salvo en casa
- El paciente no se siente a salvo en casa
- Otro

¿Cuántas veces en el último año ha consumido 5 o más bebidas en un día si es hombre, o 4 o más bebidas en un día si es mujer o adulto mayor de 65 años? (QM431): _____

Estado de conducción

- Conduce de día
- Conduce de noche

¿Con qué frecuencia hace ejercicio? _____

¿Cuánta cafeína consume? _____

Ocupación y lugar de trabajo _____

Lugar de residencia _____

Estado de vacunas recibidas (QM111)

Para pacientes de 65 años en adelante: ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía? Sí No

Atención avanzada (QM47)

¿Tiene un representante de atención médica en caso de que no pueda tomar sus propias decisiones médicas? Sí No

Nombre: _____

¿Tiene un testamento? Sí No

¿Cuál(es) de las siguiente frases describen mejor sus deseos sobre las recomendaciones de cuidados avanzados?

No intubar: No deseo tener un tubo de respiración, incluso si es necesario para salvar mi vida.

No resucitar: Si mi corazón se detuviera, no deseo realizar compresiones torácicas ni usar un desfibrilador externo automático para reiniciar mi corazón, incluso si es necesario para salvar mi vida.

Reanimación cardiopulmonar completa: Quiero que se realicen todos los esfuerzos de reanimación cardiopulmonar.

¿Tiene algún dispositivo implantable? Sí No

Si la respuesta es sí, enumérela aquí: _____

Antecedentes familiares de cáncer (situación)

- Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo Tío
- Tía Sobrino Sobrina Abuela Abuelo Nieto Nieta

Antecedentes familiares de diabetes mellitus tipo 2

- Madre Padre Hermana Hermano Hija Hijo Tío
- Tía Sobrino Sobrina Abuela Abuelo Nieto Nieta

Otras historias familiares: _____



Formulario de información médica

REVISIÓN DE SISTEMAS:

Genitourinario (G.U.)

Mojar la cama
Sangre en la orina
Babeo
Ardor al orinar
Dolor en el costado
Hematuria
Vacilación
Insuficiencia renal
Infecciones Renales
Cálculos en los riñones
Nocturia
Enuresis nocturna
Retención urinaria
Cálculos
Dolor suprapúbico
Urgencia
Frecuencia urinaria
Vacilación urinaria
Incontinencia urinaria
Infección del tracto urinario
Retención urinaria
Flujo deficiente

Constitucional/síntoma

Fiebre o escalofríos
Fatiga
Debilidad generalizada
de insomnio
sudor nocturno
Apnea del sueño

Ojos

Visión borrosa
Glaucoma
Empeoramiento de la vista

Alérgico/inmunológico

Alergias a medicamentos
Alergias ambientales

Neurológico

Problemas de equilibrio
Mareos
dolores de cabeza
Debilidad en la pierna
o el brazo
Pérdida de memoria
Accidente
cerebrovascular

Endocrino

Diabetes
Sed excesiva
Enfermedad tiroidea
Cansado/lento

Gastrointestinal (G.I.)

Calambres abdominales
Dolor abdominal
Reflujo ácido
Heces con sangre
Cambio en los hábitos
intestinales
Diarrea
Náuseas/vómitos
Sangrado rectal
Heces alquitranadas

Cardiovascular

Dolor torácico/angina
Edema
Ataque al corazón
Insuficiencia cardíaca
Presión arterial alta
Latido irregular del corazón
Hinchazón

Musculoesquelético

Artritis
Dolor de espalda
Gota
Dolor articular
Debilidad muscular

Oídos, nariz, garganta/Boca

Problema de sinusitis
Dolor de garganta

Respiratorio

Tos frecuente
Dificultad para respirar

Hematológico/linfático

Problema de coagulación
sanguínea
Problema de sangrado
Hepatitis
VIH (SIDA)

Psiquiátrico

Ansiedad
Depresión

Otra:



Permiso del paciente para comunicar información con el Individuo designado

Nuestros médicos y personal saben que comunicarse con usted sobre su atención médica es importante. Al completar este formulario, nos da permiso para proporcionar mensajes y/o discutir información sobre su atención médica con las personas designadas a continuación. Entiendo que puedo cancelar o actualizar esta información en cualquier momento notificando a un representante de la oficina del médico.

1. **Doy permiso** para que los médicos y el personal discutan información médica, de facturación y de seguros relevante con las personas mencionadas a continuación (ejemplos, cónyuge, parientes, amigos, etc.). Entiendo que mi proveedor de atención médica utilizará su criterio profesional para determinar qué información sobre mi atención médica se puede discutir con las personas designadas a continuación*:

Individuo involucrado	Relación con el paciente	Número de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

_____ Fecha _____ Hora _____
Firma del paciente/representante autorizado**

Nombre en letra de molde del representante autorizado: _____

Relación con el paciente: _____

***Si está firmado por un representante autorizado por el paciente, la documentación legal de apoyo debe acompañar este formulario de autorización.*

**AUC Urologists se reserva expresamente el derecho de divulgar información a otros que no estén en la lista en la medida permitida por HIPAA, inclusive, pero sin limitación, la divulgación para tratamientos, pago u operaciones de atención médica.*



Acuse de recibo de políticas para pacientes de Atlantic Urology Specialists

Entiendo y confirmo que todos los formularios están disponibles para mí en mi formato preferido, a pedido.

_____ Iniciales

Por la presente confirmo las siguientes declaraciones: AUC Urologists, LLC presentará las reclamaciones a su aseguradora principal en su nombre. Presentaremos un solo reclamo a su seguro secundario como cortesía. El contrato de seguro es entre el paciente y su aseguradora. Después de 70 días sin pago del asegurador secundario, el saldo pasará a ser responsabilidad del paciente. La elegibilidad se verifica antes de su visita. Los deducibles, copagos y coseguro se deben pagar en el momento en que se prestan los servicios.

Asignación de beneficios

_____ Iniciales

Por la presente autorizo que el pago de beneficios se realice directamente a AUC Urologists, LLC. Entiendo que es posible que algunos servicios no estén cubiertos por mi seguro. Por lo tanto, seré responsable del pago de cualquier servicio no cubierto, así como de cualquier saldo no cubierto por mi seguro.

_____ Iniciales

Entiendo que si mi cuenta se transfiere a una agencia de cobros se me cobrará una tarifa del 30% en mi cuenta.

_____ Iniciales

Recibí una copia de la **política financieras** de AUC-U.

_____ Iniciales

Recibí una copia del **Aviso de prácticas de privacidad** .

_____ Iniciales

Si vine a recibir servicios de salud para un tratamiento de emergencia, recibí el **Aviso de prácticas de privacidad** tan pronto como fue razonablemente práctico después del tratamiento de emergencia.

_____ Iniciales

Recibí una copia del formulario de la **Ley de protección al consumidor telefónico [TCPA]**. Doy mi consentimiento pleno a AUC-U y a sus agentes contratados (en conjunto, "Práctica") para comunicarse conmigo a través del uso de cualquier equipo de marcación llamando a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta.

_____ Iniciales

Recibí una copia del formulario de **Política de citas. Entiendo que si llego tarde a una de mis citas (15 minutos o más) podría significar que la cita se deberá programar nuevamente**

_____ Iniciales

Una copia de la **Ley de los servicios de Protección al paciente y cuidado de salud asequible de 2010 Divulgación del paciente para diagnóstico PET/CT**. Estoy al tanto de que tengo la libertad de elegir al proveedor para mis servicios de diagnóstico.

Responsabilidad del paciente

Confirmando y acepto que soy responsable de todos los cargos por servicios que se me proporcionen y que no estén cubiertos por mi Plan o por los cuales soy responsable de pago de acuerdo a mi Plan. En la medida en que no exista cobertura bajo mi Plan, reconozco que soy responsable de todos los cargos por servicios proporcionados y acepto pagar todos los cargos no cubiertos por mi Plan.

Liberación de Información

Autorizo al Proveedor y/o sus agentes a divulgar cualquier información médica u otra información sobre mí en su posesión a mi Plan, la Administración del Seguro Social, cualquier agencia administrativa estatal, o sus intermediarios o agentes fiscales que lo requieran o soliciten en relación con cualquier reclamo por servicios prestados por el Proveedor.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Ley de protección al consumidor telefónico [TCPA]

La comunicación activa con nuestros pacientes es un elemento clave para brindar servicios de atención médica de alta calidad. Con ese fin, AUC-U desea comunicarle información oportuna sobre los servicios y funciones de atención médica de la manera más efectiva posible, incluso a través de llamadas y mensajes de texto automatizados. La ley federal requiere que obtengamos su consentimiento antes de comunicarnos con usted a través de estos medios. Lea y firme a continuación para que podamos comunicarnos con usted para estos fines importantes. Nos disculpamos por la formalidad de este consentimiento, pero es requerido por la ley.

Yo, [_____], autorizo el uso de mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención médica, la hora y el lugar de mi cita programada y otra información limitada, con el fin de notificarme sobre una cita pendiente, una cita perdida, un examen de bienestar atrasado, saldos pendientes, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con la atención médica. Consiento recibir múltiples mensajes por día de mi proveedor de salud, cuando sea necesario, y consiento que se dejen mensajes en mi buzón de voz, sistema de contestación o con otra persona, si no estoy disponible en el número que proporcioné.

También autorizo a cualquiera de los contratistas independientes, agentes y/o afiliados de AUC Urologists (colectivamente, "la Práctica") a contactarme mediante el uso de cualquier equipo de marcación o una voz artificial o voz pregrabada u otro sistema de mensajería, a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono móvil, proporcionado por mí o encontrado mediante métodos de rastreo, incluso si se me cobra por la llamada, así como a través de cualquier dirección de correo electrónico u otra información de contacto personal suministrada por mí. Consiento expresamente recibir tales llamadas automáticas. Entiendo que, dependiendo de mi plan, se pueden aplicar cargos a ciertas llamadas o mensajes de texto.

Política de citas

Los médicos urólogos de AUC y el personal están dedicados a brindar atención médica de la más alta calidad de manera profesional y oportuna. Para brindar este nivel de atención, es importante que nuestros pacientes estén informados sobre las políticas de nuestra oficina con respecto a las citas y la asignación de beneficios.

POLÍTICA DE CITAS

- Los pacientes deben hacer arreglos financieros antes de la cita para pagar copagos, deducibles y cualquier gasto de bolsillo.
 - El pago debe efectuarse antes de que se presten los servicios para cubrir el deducible, el copago y los gastos de su bolsillo.
 - Los pacientes deben llegar al menos 15 minutos antes de su cita programada.
 - Nuestros médicos están de guardia en las salas de emergencia locales. Su médico puede retrasarse debido a una emergencia médica. El personal de la oficina le dará al paciente la opción de reprogramar su cita o esperar a que el médico regrese a la oficina.
 - Los menores deben estar acompañados por un padre o tutor legal.
- Cumplir con estas políticas ayudará a asegurar que todos los pacientes sean atendidos de manera oportuna.

Ley de protección al paciente y cuidado de salud asequible de 2010 Divulgación del paciente para servicios de PET/CT de diagnóstico (Mercado de los condados de Horry, Georgetown y Marion, Carolina del Sur)

Estimado paciente:

Si su médico determina que una remisión para servicios de diagnóstico PET/CT es apropiada como parte de su evaluación y tratamiento médico, es posible que tengamos estos servicios disponibles en una de nuestras ubicaciones. Le proporcionaremos información sobre esas opciones. Sin embargo, usted tiene la libertad de elegir al proveedor para este servicio. Según nuestro conocimiento, los siguientes proveedores ofrecen estos servicios en el área donde reside:

Georgetown County:

Tidelands Health
4070 Highway 17, Murrells Inlet, SC 29576
606 Black River Rd., Georgetown, SC 29440

Lowcountry Medical Associates
180 Wingo Way Ste 105, Mount Pleasant, SC 29464

Horry County:

Palmetto Imaging Inc.
900 21st Ave N, Myrtle Beach, SC 29577

Inmed Diagnostic Services of South Carolina
4701 Oleander Drive, Myrtle Beach, SC 29577

McLeod Seacoast Hospital
4000 Hwy 9 E Little River, SC 29566

Grand Strand Regional Medical Center
809 82nd Parkway, Myrtle Beach, SC 29572

Marion County:

MUSC of South Carolina
2829 Hwy. 76 E., Mullins, SC 29574

