

THE UROLOGY GROUP

Cuestionario para el Paciente (pagina 1 de 3)

Nómbre: _____ Fecha de hoy: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Doctor Primario: _____ Telefono del doctor: _____

Nómbre y numero de telefono del Doctor que lo refirio a nosotros: _____

Farmacia: (nómbre, ciudad, teléfono) _____

¿Cuál es la razón para su visita? _____

ALLERGIAS: (por favor escriba todas las medicinas a que es alergico o otras cosas como: camarones)

Si no tiene ningun tipo de alergia, marqué aquí

MEDICAMENTOS: (por favor escriba todos los medicamentos incluyendo vitaminas)

Si no toma ningún medicamento, marqué aquí

PROBLEMAS MEDICOS:

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas Corazón | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Glaucoma |
| <input type="checkbox"/> Diabetis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Prolapso de la Válvula Mitral |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto | <input type="checkbox"/> Trastorno de la Tiroides | <input type="checkbox"/> Migrañas |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Infección Urinaria | <input type="checkbox"/> Mono Infeccioso |
| <input type="checkbox"/> Presión Arterial Baja | <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Derrame cerebral | <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> COPD/ Enfisema | <input type="checkbox"/> Epilepsia | <input type="checkbox"/> Hemorroides |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Transfusión de Sangre | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Bronquitis | <input type="checkbox"/> Transfusión de Plasma | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Si no tiene ningún problema medico marqué aquí

CIRUGÍAS:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía | <input type="checkbox"/> Cesárea | <input type="checkbox"/> Cirugía de Rodilla |
| <input type="checkbox"/> Muelas del Juicio | <input type="checkbox"/> D&C | <input type="checkbox"/> Laparoscopia |
| <input type="checkbox"/> Apendectomía | <input type="checkbox"/> Histerectomía | <input type="checkbox"/> Reparación de Hernia |
| <input type="checkbox"/> Vesícula Biliar | <input type="checkbox"/> Vasectomía | <input type="checkbox"/> Colonoscopia |
| <input type="checkbox"/> Ligadura de Trompas | <input type="checkbox"/> Cirugía de Hombro | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Si nunca a tenido cirugías marqué aquí

PESO: _____

ALTURA: _____

Nómbre: _____ Fecha de hoy: _____

¿Cuándo fue su último Electrocardiograma y donde? _____

¿Cuándo fueron los últimos Rayos X y donde? _____

HISTORIA SOCIAL

Ocupación: _____

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Fumás? No

Si

Ex fumador

Bebes alcohol? No Si Historial de abuso de alcohol

Cuánta cafeína bebe? No 1-2 tazas por día Más de 3 tazas

Usa drogas? No Si

HISTORIA FAMILIAR

	Padre	Madre	Hermano	Hermana	AOP*	AAP*	AOM*	AAM*
Cáncer de Prostata								
Cáncer de Riñón								
Cáncer de Vejiga								
Cáncer Testicular								
Infarto de Miocardio								
Derrame cerebral								
Presión Arterial Alta								
Colesterol Alto								
Diabetis								
Nefropatía								
Piedras Urinarias								
Fibrosis Quística								
Tuberculosis								
Otro Cáncer: _____								
Otro: _____								

Si no hay antecedentes familiares, marque aquí

*AOP – Abuelo Paterno (padre de su padre)

AAP – Abuela Paterno (padre de su madre)

AOM – Abuelo Materna (madre de su padre)

AAM – Abuela Materna (madre de su madre)

PROBLEMAS MEDICOS

Si tiene o si alguna vez estuvo, marque:

General

- Fatiga
- Suda de Noche
- Escalo Fríos
- Subido de Peso
- Bajado de Peso

Piel

- Ulceras
- Erupción
- Picor
- Lesiones

Cabeza

- Dolores de Cabeza Crónicos
- Lesión Cranial/ Trauma

Ojos

- Pérdida de la Vision
- Visión Doble
- Disturbio Visual

Oído, Boca, Nariz y Garganta

- Zumbado de Oído
- Sangrando de nariz
- Ronquera
- Sangrando las Encias
- Perdida de Oído

Respiratorio

- Tos Crónica
- Sibilancias
- Respiración Dificultosa

Corazón

- Dolor en el Pecho
- Murmullo (Antibióticos)
- Palpitaciones

Gastroenterólogo

- Estreñimiento
- Diarrea
- Náusea
- Vómitos
- Sangrado Rectal

Urinario

- Sangre en la Orina
- Incontinencia
- Cálculos Renales
- Frecuencia
- Urgencia
- Infecciones Venarias

Muscular/ Esquelético

- Dolor de Espalda
- Dolor en las Articulaciones
- Inflamación de Articulaciones
- Debilidad Muscular
- Dolor o Sensibilidad Muscular

Neurológico

- Mareo
- Convulsiones
- Temblor

Psiquiátrica

- Ansiedad
- Depresión
- Cambios de Humor

Metabólica

- Cambios en el Apetito
- Disfunción sexual

Hematología

- Moretones con Facilidad
- Sangrado Prolongado

Si no tiene ninguno de estos problemas, marque aquí

Número: _____ Fecha de nacimiento: _____

DEMOGRAFICAS

APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL		SEXO		PREFIJO/SUFIJO
FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/año)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> aCasado <input type="checkbox"/> aDivorciado <input type="checkbox"/> aViudo <input type="checkbox"/> aCompañero/a		ESTUDIANTE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> A tiempo complete <input type="checkbox"/> A tiempo parcial
DIRECCION		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL
TELEFONO DOMICILIO (incluyacódigo del área)		TELEFONO TRABAJO		TELEFONO CELULAR
RAZA <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Afro americana <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaii/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otraza Indio americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska		ETNIA <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Desconocida		IDIOMA PREFERIDO <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español U Otro: _____
EMPLEADOR	POSICION O TITULO	DIRECCION DEL EMPLEO		TELEFONO DEL EMPLEADOR
FARMACIA PREFERIDA	TELEFONO DE LA FARMACIA	DIRECCION ELECTRONICA		
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO PARA MENSAJES DE SU CITA <input type="checkbox"/> MENSAJE DE TEXTO <input type="checkbox"/> EMAIL <input type="checkbox"/> TELÉFONO CELULAR <input type="checkbox"/> TELÉFONO DE SU CASA				

INFORMACION SOBRE CONTACTO/GARANTE

CONTACTO <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Parient emáscercano <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm dd año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL	
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO	
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

Si no se incluye información sobre el garante, se presumirá que el paciente es el responsable de pagar la cuenta.

CONTACTO <input type="checkbox"/> Contacto de emergencia <input type="checkbox"/> Parient emáscercano <input type="checkbox"/> Asegurado <input type="checkbox"/> Autorizado para obtener tratamiento		APELLIDO		NOMBRE		INICIAL
# DE SEGURO SOCIAL	FECHA NACIMIENTO (mm dd año)	RELACION CON EL PACIENTE		SEXO	ESTADO CIVIL	
DIRECCION DOMICILIAR		CIUDAD/ESTADO		CODIGO POSTAL	TELEFONO DOMICILIO	
EMPLEADOR		TELEFONO DEL TRABAJO		POSICION O TITULO		

INFORMACION SOBRE POLIZA DE SEGUROS

SIGUE

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro	SEGURO PRIMARIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA CADUCIDAD
		MONTO DEL COPAGO Consulta: \$ _____ Especialista: \$ _____
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm dd año)	TELEFONO DOMICILIO
DIRECCION DEL ASEGURADO		MEDICO PRIMARIO

INFORMACION SOBRE SEGURO SECUNDARIO (si se aplica)

NUMERO DE LA POLIZA	ID DEL GRUPO	FECHA DE VIGENCIA
TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro	SEGURO PRIMARIO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	FECHA CADUCIDAD
		TIPO <input type="checkbox"/> Salud <input type="checkbox"/> Automóvil Indemnización por accidente <input type="checkbox"/> Otro
NOMBRE DE ASEGURADORA/PLAN	DIRECCION DE LA ASEGURADORA	
		TELEFONO
NOMBRE DEL ASEGURADO	FECHA DE NACIMIENTO (mm dd año)	TELEFONO DOMICILIO

Autorizo para que paguen mis beneficios como asegurado directamente al médico y me responsabilizo financieramente de todos los cargos. Por este medio autorizo a que se liberen y se re-envíen mis registros médicos para permitir o facilitar el cobro, verificación o resolución de mi cuenta por cualquier cantidad que se me deba a mí o a un pagador tercero, organización de mantenimiento de salud, asegurador u otro plan de beneficios médicos. Esta autorización se extiende a LMG, PC o cualquiera de sus afiliados o agentes, entidad crediticia o cualquiera de sus afiliados.

Nombre en letras de molde _____

Firma _____

Fecha _____

AVISO DE CONSENTIMIENTO PARA PRUEBAS DE SIDA, HEPATITIS B o C

Según § 32.1-45.1 del Código de Virginia (1950) enmendado, LMG está obligado a proporcionarle el siguiente aviso:

1. Si algún profesional de salud o empleado de LMG tiene contacto directo con su sangre o fluidos corporales en forma que pudiera contagiarse de enfermedades, su sangre será sometida a pruebas para detectar el virus del SIDA, al igual que Hepatitis B o C. Los resultados del examen le serán proporcionados por un médico u otro profesional de salud. Según el Código § 32.1-45.1 (A) se entiende que usted ha dado su consentimiento para que el resultado de estos exámenes se le proporcionen a la persona expuesta al contagio.
2. Si usted tiene contacto directo con la sangre y fluido corporal de algún profesional de salud o empleado de LMG en forma de que pudiera contagiarse de alguna enfermedad, la sangre de esa persona será sometida a prueba para detectar el virus del SIDA, al igual que para Hepatitis B y C. Un médico u otro profesional de salud le informará a usted y a esa persona del resultado de las pruebas.

Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente durante el tiempo que mi dependiente o yo reciba cuidados de LMG o hasta que yo lo retire.

Firma del Paciente, Padre o Tutor Legal Actuando en su Lugar _____

Fecha de la firma _____

Relación (si no es el paciente quien firma)

Firma de la Persona que Obtiene el Consentimiento

LOUDOUN MEDICAL GROUP
Constancia de Recibo del Aviso sobre Normas de Privacidad

Nombre del paciente

He recibido copia de las Normas de Privacidad del Loudoun Medical Group y comprendo que estas describen la forma en que mi información médica (o la del paciente que represento) puede ser utilizada y cómo se puede obtener el acceso a esta información. También se me ha dado la oportunidad de formular preguntas sobre la información cubierta en el Aviso.

Firma

Fecha: _____

Parentesco con el paciente (si el formulario de constancia es firmado por alguien que no sea el paciente)

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

I attempted to obtain the patient's/representative's signature in acknowledgement of this Receipt of Notice of Privacy Practices Acknowledgement, but was unable to do so as documented below:

Date	Staff Initials	Reason
		Refused to sign (circle if applicable) Other: