

UROLOGY CENTER OF PALM BEACH, P.A.

Nombre _____ Fecha _____

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo (marque uno) M F

Número de Seguro Social _____

Estado civil (marque uno) Casado Divorciado Soltero Viudo Separado

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____

Raza _____ Idioma _____

Contacto de emergencia

Nombre _____ Relación _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono celular _____

Doctor que lo refiere _____ Especialidad _____

Teléfono _____

Médico primario (si es diferente al mencionado arriba)

_____ Teléfono _____

NOTIFICACION DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

He tenido la oportunidad de leer las Prácticas de Privacidad del Dr. Diego Rubinowicz.

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

.....
He tenido la oportunidad de leer las Prácticas de Privacidad del Dr. Diego Rubinowicz y NO deseo firmar.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO

Seguro primario: _____

Seguro secundario: _____

Autorizo y asigno beneficios de pago a Urology Center of Palm Beach, P.A. para todos los beneficios de seguro médico. Yo entiendo mi responsabilidad de pago por cargos que no están cubiertos por mi seguro médico. El pago de coseguros se realiza en el momento de la cita.

Urology Center of Palm Beach NO envía reclamos a seguros secundarios, excepto cuando Medicare es el seguro primario. Sin embargo le proveeremos de todos los papeles necesarios para que usted pueda mandar el reclamo a su seguro secundario.

Yo entiendo que soy responsable por el pago de cualquier saldo en mi cuenta por servicios profesionales prestados por Urology Center of Palm Beach. Además soy responsable por un cargo de 30% aplicado por la agencia de cobros.

INFORMACION DE LA FARMACIA

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

POLIZA POR NO ASISTIR A LA CITA

Yo _____ entiendo que habrá un cargo de \$30.00 por no asistir a la cita si no cancel mi cita con un mínimo de 24 horas de anticipación..

Yo entiendo que habrá un cargo de \$50.00 por no asistir a procedimientos en la oficina y no cancelar con un mínimo de 48 horas de anticipación.

Yo entiendo que habrá un cargo de \$100 por no asistir a cirugías fuera de la oficina y no cancelar con un mínimo de 5 días de anticipación.

SEGURO DE MALA PRAXIS

De acuerdo a las leyes del estado de la Florida, los médicos tienen que tener seguro de mala praxis o demostrar responsabilidad financiera para cubrir potenciales reclamos por mala praxis. **SU DOCTOR HA DECIDIDO NO TENER SEGURO DE MALA PRAXIS.** Esto está permitido bajo las leyes del estado de la Florida. Las leyes del estado de la Florida imponen penalidades para los médicos sin seguro que no se hacen responsables por los resultados de juicios en su contra. Le proveemos esta notificación por requerimiento de las leyes del estado de la Florida.

El paciente que firma a continuación confirma que ha recibido las notificaciones sobre la información de seguro médico, la póliza por no asistir a la cita y la del seguro de mala praxis.

Firma del paciente

Nombre

Fecha

UROLOGY CENTER OF PALM BEACH, P.A.

Edad: _____

Fecha: ___/___/___

Nombre: _____

Motivo de la visita:

Historia clínica (marque lo que corresponda)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión alta | <input type="checkbox"/> Asma/enfisema | <input type="checkbox"/> Infecciones urinarias |
| <input type="checkbox"/> Enferm. del corazón | <input type="checkbox"/> Ulceras | <input type="checkbox"/> Enferm. de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Enferm. de próstata | <input type="checkbox"/> Enferm. del hígado | <input type="checkbox"/> Stroke (derrame cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Cáncer/Tumores | <input type="checkbox"/> Enferm. Venéreas |

Otras:

Cirugías:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

Enfermedades familiares:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Piedras en los riñones | <input type="checkbox"/> Cáncer de vejiga |
| <input type="checkbox"/> Otras enferm. de los riñones | <input type="checkbox"/> Cáncer de próstata (hombres solamente) |
| <input type="checkbox"/> Otras: _____ | |

Medicaciones:

1) _____ 2) _____ 3) _____

4) _____ 5) _____ 6) _____

¿Toma algún anticoagulante como aspirina, Plavix, Coumadin, Advil, Motrin?

Sí No

Alergias:

¿Usted tiene alguno de los siguientes síntomas? Marque Sí o No

Fiebre	Sí	No	Falta de aliento	Sí	No
Resfriado	Sí	No	Tos	Sí	No
Nausea	Sí	No	Problemas respiración	Sí	No
Vómitos	Sí	No			
Dolor de cabeza	Sí	No	Problemas de sangrado	Sí	No
Visión nublada	Sí	No	Glándulas inflamadas	Sí	No
Visión doble	Sí	No			
Fiebre del heno	Sí	No	Dolor de huesos	Sí	No
			Dolor de espalda	Sí	No
			Dolor de costado	Sí	No
Temblores	Sí	No			
Mareos	Sí	No	Sangre en la orina	Sí	No
Falta sensibilidad	Sí	No	Flujo de orina lento	Sí	No
			Orina frecuentemente	Sí	No
Dolor abdominal	Sí	No	Necesidad repentina de	Sí	No
Acidez estomacal	Sí	No	orinar		
No puede orinar	Sí	No	Incontinencia	Sí	No
Diarrea	Sí	No			
			Problemas sexuales	Sí	No
Dolor de pecho	Sí	No			
Palpitaciones	Sí	No			
Latido irregular	Sí	No			

Fuma:

_____ paquetes por día por _____ años

Cigarros

Dejé de fumar hace _____ años

Nunca fumé

Alcohol:

_____ tragos/cervezas por día por _____ años

Ocasionalmente

Nunca

Drogas:

Alguna vez tuvo reemplazo de válvulas del corazón, reemplazo de cadera o implantes de prótesis? Sí
 No

EVALUACION DE SINTOMAS URINARIOS (IPSS SCORE) SOLO PARA HOMBRES

NOMBRE: _____

FECHA: _____

Haga un círculo en el número que mejor describe cada pregunta	Nunca	Menos de 1 vez en 5	Menos de la mitad de las veces	Aprox. la mitad de las veces	Más de la mitad de las veces	Casi siempre
Durante el último mes						
VACIADO INCOMPLETO ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que no ha vaciado la vejiga completamente al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA ¿Con qué frecuencia ha tenido que orinar nuevamente menos de dos horas después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
INTERMITENCIA ¿Con qué frecuencia notó que al orinar paraba y comenzaba nuevamente varias veces?	0	1	2	3	4	5
URGENCIA ¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil resistir las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
CHORRO DEBIL ¿Con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
ESFUERZO ¿Con qué frecuencia ha tenido que empujar o hacer fuerza para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces o más
DURANTE LA NOCHE ¿Cuántas veces se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levantó en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Sume la puntuación de cada respuesta y anote el total en el espacio a la derecha. TOTAL: _____

SINTOMAS DE ACUERDO A LA PUNTUACION OBTENIDA: 1-7 (Leve), 8-19 (Moderado), 20-35 (Severo)

CALIDAD DE VIDA

¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir el resto de su vida con los síntomas urinarios tal y como los tiene ahora?

Contento	Complacido	Conforme	Neutral	Insatisfecho	Descontento	Terrible
1	2	3	4	5	6	7

¿Ha probado medicamentos para aliviar sus síntomas? Sí No

¿Estos medicamentos ayudaron a aliviar sus síntomas? (marque con un circulo)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 No obtuvo alivio Alivio completo

¿Le interesaría conocer una opción mínimamente invasiva que podría permitirle dejar de tomar sus medicamentos para la HPB? Sí No

**Cuestionario sobre síntomas de Baja Testosterona
(Androgen Deficiency in the Aging Male)
Este formulario es sólo para hombres**

Este cuestionario es muy útil para que los hombres describan el tipo y severidad de sus síntomas de baja testosterona.

	Sí	No
1. ¿Tiene disminución de la libido (impulso sexual)?		
2. ¿Presenta falta de energía?		
3. ¿Tiene disminución de la fuerza, la resistencia, o ambas?		
4. ¿Ha perdido altura?		
5. ¿Ha notado pérdida de la alegría de vivir?		
6. ¿Está triste o malhumorado?		
7. ¿Sus erecciones son menos firmes?		
8. ¿Ha notado un deterioro en su capacidad para practicar deportes?		
9. ¿Se queda dormido después de la cena?		
10. ¿Ha habido un deterioro en su desempeño laboral?		

Si su respuesta fue Sí a las preguntas 1 o 7 o si su respuesta fue Sí a más de 3 preguntas, entonces usted puede estar padeciendo de Baja Testosterona.