

PREMIER UROLOGY GROUP, LLC

Malcolm Schwartz, M.D. Bernard J. Lehrhoff, M.D. Kenneth S. Ring, M.D.
 Mark I. Miller, M.D. Joshua M. Fiske, M.D. Andrew J. Bernstein, M.D. Alon Y. Mass, M.D.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

NOMBRE (Apellido, Primero Segundo)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	ESTADO CIVIL	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD
DIRECCION DE CASA		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		CORREO ELECTRÓNICO		
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA		NUMERO DE TELEFONO DE DIA		NÚMERO CELULAR		
NOMBRE DEL CONTACTO DE EMERGENCIA	RELACIÓN CON EL PACIENTE	TELÉFONO DE CASA DE CONTACTO DE EMERGENCIA		TELÉFONO DE DÍA DE CONTACTO DE EMERGENCIA		
NOMBRE DEL MÉDICO PRIMARIO		DIRECCIÓN DEL MÉDICO PRIMARIO		NÚMERO DE TELÉFONO DEL MÉDICO PRIMARIO		
¿CÓMO TE ENTERASTE DE NUESTRA PRÁCTICA? (POR FAVOR MARQUE UNO) <input type="checkbox"/> Referido Por El Médico <input type="checkbox"/> Facebook/Twitter <input type="checkbox"/> Búsqueda De Internet <input type="checkbox"/> Sitio Web De La Compañía De Seguros <input type="checkbox"/> Otro (Por Favor Explique):						

¿POR QUE ESTAS VIENDO EL MÉDICO HOY?

INFORMACIÓN DE LA PERSONA RESPONSABLE (si Diferente de lo anterior)

NOMBRE (Apellido, Primero Segundo)		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	IDIOMA	SEXO
DIRECCION DE CASA		CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL		ESTADO CIVIL	CORREO ELECTRÓNICO
NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA		NUMERO DE TELEFONO DE DIA		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

SEGURO PRIMARIO

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA			
DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO		NÚMERO DE GRUPO			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO		COPAY PARA ESPECIALISTA \$	
TELÉFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

SEGURO SECUNDARIO (Si es aplicable)

NOMBRE DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		NÚMERO DE PÓLIZA			
DIRECCION DE COMPAÑIA DE SEGURO		NÚMERO DE GRUPO			
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS		FECHA EFECTIVA DEL SEGURO		COPAY PARA ESPECIALISTA \$	
TELÉFONO DE LA COMPAÑIA DE SEGUROS	NOMBRE DE LA PERSONA ASEGURADA	FECHA DE NACIMIENTO DE LA PERSONA ASEGURADA		RELACIÓN CON EL PACIENTE	

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Yo asigno irrevocablemente por derecho al pago de cualquier compañía de seguros/otro pagador de beneficios de salud al Premier Urology Group, LLC por los servicios que me han proporcionado.

DIVULGACION DE INFORMACIÓN: Yo entiendo que Premier Urology Group, LLC tiene derecho para divulgar mi información médica y de seguro a cualquier entidad con fines de tratamiento, pago u objetivos operacionales. **AVISO DE PÓLIZA DE CANCELACIÓN:** Las citas de oficina no canceladas por lo menos 24 horas antes estarán sujetas a las siguientes tarifas: Visita sin procedimiento: \$25, Visita con procedimiento: \$50, Consulta: \$100, Vasectomía: \$100. Hospital/Centro de Pacientes Externos los procedimientos no cancelados por lo menos 7 días antes estarán sujetos a un pago de \$250. Estas "Tarifas de Cancelación" no son reembolsables por su compañía de seguro.

FIRMA DEL PACIENTE / GUARDIAN

FECHA

11/14/17/dp

¿Alguna vez has visto a un urólogo _____ Si es así, ¿por qué? _____

Por favor liste todos los procedimientos quirúrgicos que ha tenido _____

¿Alguna vez ha recibido una transfusión de sangre? Sí _____ No _____

¿Tiene alguna alergia o mala reacción a algún alimento o medicamento? Sí _____ No _____

(Especialmente langosta, mariscos o drogas como la penicilina)

EN CASO AFIRMATIVO, ESPECIFIQUE:

Por favor marque una de las siguientes condiciones que actualmente tiene o ha sido tratada en el pasado:

Hipertensión arterial	Diabetes	Tuberculosis	Ataque cardíaco	Cáncer	HIV
Desequilibrio de la tiroides	Sífilis	Gonorrea	Asma	Gota	SIDA
Descomposición nerviosa	Hepatitis	Glaucoma	Úlceras	Derrame cerebral	

Por favor, liste todos los medicamentos que está tomando actualmente:

Nombre

Dosis

Información de Farmacia: Nombre

Teléfono _____

Dirección de la

farmacia: _____

¿Toma usted aspirina u otro antiinflamatorio diario? Sí _____ No _____

¿Tiene algún dolor de dificultad al orinar? Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha tenido una infección en los riñones? Sí _____ No _____

¿Tiene dolor de espalda? Sí _____ No _____

¿Ha tenido escalofríos o fiebre recientemente? Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha visto o le han dicho que hay sangre en la orina? Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha tenido cálculos renales? Sí _____ No _____

¿Alguna vez ha sido incapaz de orinar? Sí _____ No _____

¿Cuántas veces te despiertas por la noche para orinar? _____

¿Cuántas veces orinas durante el día? _____

HOMBRES: ¿Tiene dificultad para obtener o mantener una erección? Sí _____ No _____

MUJERES: ¿Cuándo fue su última menstruación? _____

AVISO IMPORTANTE SOBRE REFERENCIAS

Usted puede ser referido a un laboratorio oa otra facilidad por nuestros médicos. Tenga en cuenta que tiene la opción de realizar su procedimiento en cualquier establecimiento de su elección y no está obligado a utilizar la instalación a la que fue referido.

NOTICIA IMPORTANTE

Tenga en cuenta que Medicare y / o su compañía de seguros de salud privada no pueden cubrir ciertos procedimientos o servicios que su médico considere necesarios para la evaluación completa y la administración de su cuidado. Esto puede incluir varios procedimientos de ultrasonido, inyecciones, pruebas de diagnóstico, etc. Tenga en cuenta que usted puede ser responsable de cualquier saldo no pagado por su compañía de seguros.

También, tenga en cuenta que si su compañía de seguros requiere una referencia o autorización para cualquier servicio o procedimiento realizado es su responsabilidad presentar una referencia o autorización válida a esta oficina ANTES de los servicios prestados.

Las regulaciones de seguro actuales requieren que le notifiquemos, el paciente, de esta situación antes de su tratamiento.

Firma del Paciente _____

REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas?
Por favor, explique cualquier Respuestas Sí en el espacio proporcionado.

Círculo Sí o No

Síntomas constitucionales

Fiebre Sí No
 Resfriado Sí No
 Dolor de cabeza Sí No
 Otro _____

Gastrointestinal

Dolor abdominal Sí No
 Náuseas/vómitos Sí No
 Indigestión / Acidez Sí No
 Otro _____

Genitourinario

Retención de orina Sí No
 Dolor al orinar Sí No
 Frecuencia urinaria Sí No
 Otro _____

Ojos

Visión borrosa Sí No
 Visión doble Sí No
 Dolor Sí No
 Otro _____

Cardiovascular

Dolor de pecho Sí No
 Venas varicosas Sí No
 Alta presión sanguínea Sí No

Respiratorio

Jadear Sí No
 Tos frecuente Sí No
 Falta de respiración Sí No
 Otro _____

Alérgico / Inmunológico

Fiebre de heno Sí No
 Alergias a las drogas Sí No
 Otro _____

Integumentario

Erupción cutánea Sí No
 Hierve Sí No
 Picazón persistente Sí No
 Otro _____

Hematológico / Linfático

Glándulas hinchadas Sí No
 Problema de coagulación de la sangre Sí No
 Otro _____

Neurológico

Temblores Sí No
 Mareos Sí No
 Hormigueo/entumecimiento Sí No
 Otro _____

Musculoesquelético

Dolor en las articulaciones Sí No
 Dolor de cuello Sí No
 Dolor de espalda Sí No
 Otro _____

Psicológico

¿Estás generalmente satisfecho con tu vida? Sí No
 ¿Se siente muy deprimido? Sí No
 ¿Alguna vez pensaste en suicidarse? Sí No
 Otro _____

Endocrino

Sed excesiva Sí No
 Demasiado caliente/frío Sí No
 Cansado/lento Sí No
 Otro _____

Oído/ Nariz/ Garganta/ Boca

Infección en el oído Sí No
 dolor de garganta Sí No
 Problemas sinusales Sí No
 Otro _____

Historia familiar:

Madre _____ Diabetes

Enfermedad del corazón
 Cáncer

 (Edad a la muerte,
 Si fallecido)

Padre _____ Diabetes

Enfermedad del corazón
 Cáncer
 Cancer de prostate

 (Edad a la muerte,
 Si fallecido)

Enumere las enfermedades significativas del hermano (hermanos/ hermanas)

Premier Urology Group, LLC
FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

Estimado Paciente:

El Derecho Público del Estado de Nueva Jersey establece que un médico, un podólogo y todos los demás titulares de la Junta de Examinadores Médicos deben informar a los pacientes de cualquier interés financiero significativo en un servicio de salud al que refieren a sus pacientes. El propósito de este aviso es informarle que Premier Urology Group, LLC, que es la práctica médica de la que su urólogo de tratamiento es miembro, opera su propio laboratorio de patología anatómica. Además, su médico puede tener un interés financiero en una o más de las siguientes instalaciones a las cuales nuestros pacientes pueden ser referidos:

THE AMBULATORY CENTER FOR SURGERY
Mountainside, NJ

THE STONE CENTER OF NEW JERSEY
Newark, NJ

THE SHORT HILLS SURGERY CENTER
Millburn, NJ

PREMIER UROLOGY GROUP, LLC
RADIATION ONCOLOGY
Cranford, NJ

Como nuestro paciente puede requerir, en algún momento, un procedimiento urológico que se llevará a cabo en una de nuestras instalaciones que puede dar lugar a la necesidad de tener ciertas muestras de tejido probado en un laboratorio de anatomía patológica. En la medida que su médico determine que las pruebas de laboratorio de anatomía patológica son necesarias, Premier Urology Group, LLC proporcionará tales pruebas a través de su propio laboratorio anatómico y le facturará por separado de cualquier factura emitida por la instalación donde se realiza el procedimiento urológico. Al firmar esta declaración usted o su representante legal, reconozca que: (1) ha sido informado de los intereses financieros de los profesionales de esta oficina.

Entendido y acordado:

Firma del Paciente:

Testigo:

Nombre Impreso

Nombre Impreso

_____, 20____
Fecha

_____, 20____
Fecha

Las quejas pueden presentarse con lo siguiente:
N.J. Department of Health and Senior Services
Division of Health Facilities Evaluation and Licensing
PO Box 367
Trenton, NJ 08625-0367
Complaint Hotline: 1-800-792-9770
<http://www.state.nj.us/health/healthfacilities>
and/or
Office of the Medicare Beneficiary Ombudsman
<http://www.medicare.gov/Ombudsman/activities.asp>



AUTORIZACIÓN DEL PACIENTE PARA LA PRÁCTICA PARA LIBERAR LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA (PHI)

Al firmar esta autorización, autorizo a Premier Urology Group, LLC a revelar cierta información de salud protegida (PHI) a la parte o las partes enumeradas a continuación.

Esta autorización permite a Premier Urology Group, LLC divulgar a:

(Por favor, tenga en cuenta a un familiar, amigo u otra persona a quien podamos revelar información)

- | | | | |
|----|------------------|----------------------|--------------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ |
| | Apellido, Nombre | Teléfono de contacto | Relación con el paciente |
| 2. | _____ | _____ | _____ |
| | Apellido, Nombre | Teléfono de contacto | Relación con el paciente |
| 3. | _____ | _____ | _____ |
| | Apellido, Nombre | Teléfono de contacto | Relación con el paciente |

Tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, excepto en la medida en que Premier Urology Group, LLC ha actuado en dependencia de esta autorización. Mi revocación por escrito debe ser presentada a Premier Urology Group, LLC, Privacy Officer at 570 South Avenue East, Bldg. A, Cranford, NJ 07016

Firmado por: _____
Firma del paciente o tutor legal

Relación con el paciente

Nombre del Paciente, Impreso

Fecha

Fecha de nacimiento del paciente

Número de Seguro Social del Paciente

11/14/17/dp

*Adult and Pediatric Urology • Sexual Dysfunction • Male Infertility • Urinary Incontinence • Urologic Oncology
Laparoscopic Surgery • Robotic Surgery • Radiation Oncology • Stone Disease Management • Pelvic Reconstruction*

275 Orchard Street • Westfield, New Jersey 07090 • Tel: 908.654.5100 • Fax: 908.789.8755
659 Kearny Avenue • Kearny, New Jersey 07032 • Tel: 201.997.0640 • Fax: 908.789.8755
776 East Third Avenue • Roselle, New Jersey 07203 • Tel: 908.241.5268 • Fax: 908.789.8755

Atkins Medical Plaza • 1500 Pleasant Valley Way • Suite 306 • West Orange, New Jersey 07052 • Tel: 973.325.0091 • Fax: 908.789.8755
570 South Avenue East • Building A • Cranford, New Jersey 07016 • Tel: 908.272.5335 • Fax: 908.497.1633
104 North Euclid Avenue • Westfield, New Jersey 07090 • Tel: 908.232.8416 • Fax: 908.789.8755