



SUNCOAST UROLOGIA, P.A.

LOS SEGUROS DE SALUD ESTÁN REQUERIENDO QUE HAGAMOS LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE CADA PACIENTE:

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

POR FAVOR, CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Ha tenido una colonoscopia en los últimos 10 años?

SI NO \_\_\_\_\_

2. ¿Se ha vacunado contra la neumonía en los últimos 5 años?

SI NO \_\_\_\_\_

3. ¿Te has vacunado contra la gripe este año?

SI NO \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su dirección de correo electrónico? \_\_\_\_\_

(Si no tiene un correo electrónico, escriba NINGUNO)



5) Medicamentos actuales con la dosificación (incluyen los elementos de contador como: aspirina, antiinflamatorios, vitaminas, suplementos herbales, etcetera)


6) Por favor las alergias de la lista de medicamentos y reacciones:

Medicamentos	Reacciones

7) ¿ Es usted alérgico a los mariscos o tintura de yodo? Si No

8) ¿ Han tenido algunos miembros de su familia problemas urológicos? (Por ejemplo: problemas de próstata, cáncer de riñón o vejiga, cálculos renales, de uti etcetera)

---

9) Por favor, indique su historial médico familiar, favor de incluir su relación con ese miembro. (por ejemplo Diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer, etcetera)

---

10) ¿Actualmente consume tabaco? Sí No monto por día: \_\_\_\_

11) ¿ Usted es un ex fumador? Sí No año dejar de fumar: \_\_\_\_

12) Consumo de alcohol: Si No cantidad por día: \_\_\_\_

13) Consumo de cafeína: Sí No monto por día: \_\_\_\_

14) Cítricos: Sí No monto por día: \_\_\_\_

15) Marcial estado: solo casado divorciado viudo.

16) Ocupación: (si se retiró, especifique su ocupación anterior) \_\_\_\_

**SUNCOAST UROLOGÍA**  
**Revisión de los sistemas de**

**Por favor informe y círculo de problemas actuales.**

**Síntomas constitucionales Gastrointestinales**

Fiebre dolor Abdominal  
Escalofríos, náuseas y vómitos  
Dolor de cabeza indigestión/acidez  
Cambios de peso cambio del intestino

**Ojos Cardiovasculares Vías respiratorias**

Visión borrosa pecho dolor sibilancias  
Tos frecuente de las varices de visión doble  
Dolor a la presión arterial alta dificultad para respirar  
Otras \_\_\_ otros \_\_\_ otros \_\_\_

**Alérgicas/inmunológicas Tegumentario Hematológico/linfático**

Erupción inflamados piel de fiebre del heno  
Problema de coagulación de sangre hierva de alergias de drogas  
Otras \_\_\_ persistente picor otros \_\_\_  
Otras \_\_\_

**Neurológica Músculo-esquelético Psicológicos**

Dolor común de temblores ¿está generalmente satisfecho con tu vida?  
Mareos cuello dolor otros \_\_\_  
Entumecimiento u hormigueo Dolor de espalda  
Otras \_\_\_ otros \_\_\_

**Endocrino Oído, nariz, garganta, boca**

Sed excesiva, infección del oído  
Demasiado frío/dolor de garganta  
Cansado, perezoso problemas de sinusitis  
Otras \_\_\_ otros \_\_\_

**Nombre del paciente** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**SUNCOAST UROLOGÍA**  
**INFORMACIÓN DE LA VERSIÓN MÉDICA DE HIPPA**

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SU INFORMACIÓN PUEDE SER USADA Y DIVULGADA Y CÓMO USTED PUEDE ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN. Por favor, revise cuidadosamente!**

Por favor una lista de nombres de cualquier persona que podemos informar sobre la medicina general  
Condición y su diagnóstico (incluyendo operaciones de tratamiento, pago y cuidado de la salud).

Nombre \_\_\_\_\_ la relacion \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ la relacion \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ la relacion \_\_\_\_\_ # de teléfono \_\_\_\_\_

Por favor indique si desea correspondencia de nuestra oficina en un  
Sobre sellado había marcado "Confidencial". SI \_\_\_ NO \_\_\_

Pueden ser mensajes confidenciales (por ejemplo, recordatorios de citas, resultados de laboratorio, etcetera)

A la izquierda en el contestador o buzón de voz. SI \_\_\_ NO \_\_\_

Permitir el acceso a la farmacia a través del ámbito. SI \_\_\_ NO \_\_\_

NOMBRE PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de su salud personal  
Información y dar aviso de nuestras obligaciones legales y privacidad  
Prácticas y se adhieren a este aviso. Nos reservamos el derecho a realizar cambios  
A este aviso. Publicaremos un aviso que se ha cambiado el aviso y  
La fecha efectiva de este cambio, copias estarán disponibles.

Si no recibes ninguna resolución a su queja, puede enviar una declaración por escrito a esta  
oficina o Secretaría de salud y servicios humanos.

# UROLOGIA SUNCOAST

## AUTORIZACIÓN DE POR VIDA, ASIGNACIONES DE SEGUROS Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

- I. Autorización de tratamiento** – yo, el abajo nombre paciente, doy consentimiento de Suncoast Urología para el tratamiento médico.
- II. Liberación de la información**, Por la presente autorizo a cualquier médico de este grupo examinar o tratar conmigo para liberar a cualquier tercero pagador (por ejemplo, una compañía de seguros o agencia gubernamental, es decir, Medicare y Medicaid), cualquier condición médica y registros relativos a diagnóstico y tratamiento de dichos terceros para su uso en relación con la determinación de una reclamación para el pago de dicho tratamiento y/o diagnóstico. **Me he ofrecido una copia de la política de privacidad de Solicitar verbalmente o por escrito. Nuestra política de privacidad se encuentra en nuestra sala de espera.**
- III. Asignación de seguro médico** – Por la presente autorizo el pago directamente a cualquier médico de este grupo examinar o tratar me beneficios quirúrgicos o médicos especificados en el presente y lo contrario a pagar a mí por sus servicios y descrita pero no debe exceder lo razonable y carga habitual de estos servicios.
- IV. MEDICARE y MEDICAID – Paciente de certificado de autorización para liberar la información y solicitud de pago.** Certifica la información dada por mí en la aplicación de pago en el título XVII/XIX de la ley de Seguridad Social correcto. Autorizo a cualquier sostenedor de médico u otra información sobre mí para liberar a administración/División de Seguridad Social de los niños y las familias o sus intermediarios o compañías cualquier información necesaria para este o una reclamación de Medicare/Medicaid relacionada. Por la presente certifico que todos los seguros correspondientes al tratamiento se asignará al médico tratamiento de mí
- V. Permiso una copia de estas autorizaciones y asignaciones para ser utilizado en lugar del ORIGINAL, que es en el archivo de la oficina del médico.** Esta tarea permanecerá en efecto hasta que revocada por mi escrito.

Nos comprometemos a brindarle la mejor atención posible. Si tiene seguro médico, con gusto lo ayudaremos a recibir sus beneficios máximos. Para lograr estos objetivos, necesitamos su ayuda y comprensión de nuestra política de pago. Su seguro es un acuerdo entre usted y la compañía de seguros, no un acuerdo entre el médico y la compañía de seguros. Como paciente, comprende además que usted es el responsable final de los cargos por la atención médica que se le brinda. En general, se considera que nuestros honorarios están dentro del rango aceptable por la mayoría de las compañías. Nuestros honorarios son considerados USUARIOS, PERSONALIZADOS Y RAZONABLES por la mayoría de las compañías de seguros. Esto es para informarle que uno o todos los médicos pueden tener una asociación en los siguientes Bay Area Partners, LTD, UMS, South Florida Mobile Lithotripsy y Bayonet Point Surgery Center. Esto es para informarle que si no se presenta a su cita programada, habrá un cargo de \$ 25.00, del cual usted será responsable, a menos que dé un aviso de 24 horas. Facturamos todos los reclamos de Medicare, así como los planes PPO, HMO y de atención administrada con los que participamos. Se les pedirá a los pacientes que paguen todos los deducibles y copagos en el momento del servicio. También es responsabilidad del paciente obtener todas las referencias y / o números de autorización según lo requiera su plan de seguro. Los cambios en la cobertura de su seguro deben entregarse a la recepcionista antes de su cita.

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL GUARANTE \_\_\_\_\_

FIRMA DEL GARANTE (SI NO ES UN PACIENTE) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

AUTORIZACIÓN DE POR VIDA, FIRMA DE MEDIGAP (SEGURO SECUNDARIO)

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ NÚMERO DE POLÍTICA DE LA COMPAÑÍA \_\_\_\_\_ DE SEGUROS DE SALUD \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de los beneficios autorizados de MEDIGAP / Seguro Secundario se realice en mi nombre a Suncoast Urology por cualquier servicio que me haya proporcionado Suncoast Urology. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí a revelar a \_\_\_\_\_ cualquier información necesaria para determinar los beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados \_\_\_\_\_ (MEDIGAP / SEGURO SECUNDARIO CO)

FIRMA DEL PACIENTE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

SUNCOAST UROLOGIA, P.A.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo que mis registros médicos sean divulgados a:

Barry T. Sadler, M.D.

Arnie B. Tannenbaum, M.D.

Kevin S. Spires, M.D.

David Buethe, M.D.

Candace Remington, abril

7614 Jacque Road Suite A

Hudson, FL 34667

(727) 862-8548

Fax: (727) 863-4530

Al siguiente consultorio del médico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

:

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Número de seguridad social