

Registración del Paciente- (Favor de usar letra molde)

 Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

 Dirección del paciente: _____
Calle Apt. /Suite Ciudad Estado Código Postal

 Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Nombre de su Esposo(a): _____

Teléfono de Casa: _____ Número de Celular: _____

Número de Seguro Social: _____ Correo Electrónico: _____

Empleador: _____ Ocupación: _____

Doctor Primario: _____

Número de Teléfono: _____ Número de Fax: _____

Farmacia de preferencia: _____

Número de Teléfono _____ Número de Fax _____

Información de su Seguro Medico
 No tengo seguro médico/ no se acepta mi seguro médico
Seguro Primario: _____ Si mismo Esposo(a) Padre

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de miembro: _____ Numero de grupo: _____

Seguro Secundario: _____ Si mismo Esposo(a) Padre

Nombre del asegurado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Numero de miembro: _____ Numero de grupo: _____

En caso de emergencia, favor de llamar a: Nombre: _____

Teléfono: _____ Relación al paciente: _____

Relación al paciente: _____

Yo entiendo que mi seguro(s) va a ser cobrado, como cortesía, pero yo soy responsable a Jonathan Clavell, MD F.A.C.S por todos los cargos. Yo autorizo a Jonathan Clavell, MD F.A.C.S. y a sus representantes que pueden dar información que sea necesaria para procesar mis cargos de seguro. Yo autorizo a mi seguro que pague los beneficios directamente a Jonathan Clavell, MD F.A.C.S. Yo entonces autorizo a Jonathan Clavell, MD F.A.C.S. que mande mis reportes médicos a otros doctores que también me ofrecen cuidado médico.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Historial Médico del Paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Estado Matrimonial: _____

¿Cómo supo sobre el Dr. Clavell? _____

Estado de Empleo: Estoy trabajando Estoy retirado Estoy deshabilitado

Razón de su visita: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Usted Fuma: No Si Por cuanto tiempo y cuantos paquetes por día: _____

Usted Toma Alcohol: No Si Por cuanto tiempo: _____

Enfermedades (incluya el diagnostico): _____

Cirugías (incluya mes/año): _____

Otras Hospitalizaciones (incluya mes/año): _____

Lista de Medicinas que está tomando (incluya la dosis): _____

Lista de alergias a medicinas: _____

Historial Médico de Familia: _____

Nombre: _____ Fecha: _____

*****Hombres Solamente*****

Disfunción Eréctil: ___ No ___ Si

Liqueo Urinario: ___ No ___ Si ¿Cuántas veces se levanta a orinar durante la noche? _____

*****Mujeres Solamente*****

Liqueo Urinario: ___ No ___ Si Frecuencia Urinaria: ___ No ___ Si

¿Esta embarazada? ___ No ___ Si Número de Embarazos _____ Número de Hijos: _____

Por favor marque si ha tenido o tiene alguno de estos problemas:

- | | | | |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|------------------------------|
| ___ Anemia | ___ Enfisema | ___ Presión alta | ___ Ataques del corazon |
| ___ Anestesia | ___ Flebitis | ___ Próstata | ___ Enfermedad Mental |
| ___ Artritis | ___ Gastritis | ___ Ronchas | ___ Enfermedades venéreas |
| ___ Asma | ___ Gota | ___ Tiroides | ___ Fiebre Reumática |
| ___ Bronquitis | ___ Hepatitis | ___ Tuberculosis | ___ Infecciones en la vejiga |
| ___ Cáncer | ___ Leucemia | ___ Ulceras | ___ Problemas de la espalda |
| ___ Célula de Hoz | ___ Mala Circulación | ___ VIH/SIDA | ___ Piedras en los riñones |
| ___ Coagulo de Venas | ___ Nervios | ___ Desordenes de los ojos | ___ Sangre en la orina |
| ___ Culebrilla | ___ Osteomielitis | ___ Desordenes del riñon | ___ Soplo Cardiac |
| ___ Derrame cerebral | ___ Parálisis | ___ Desordenes de la pierna/pie | |
| ___ Diabetes | ___ Piel | ___ Desordenes de la sangre | |
| ___ Diverticulitis | ___ Polio | ___ Desordenes del hígado | |

Otras Condiciones: _____

Esta información es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma: _____ Fecha: _____

Reconocimiento y Consentimiento del paciente para el uso y divulgación de su información medica

1. Proposito del Consentimiento

Entiendo que como parte de mi atención medica, Vitality Urology Institute obtiene, usa y puede dar mi información médica protegida para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Este consentimiento es requerido por la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA).

2. Intercambio de información

Doy mi consentimiento a Vitality Urology Institute para que utilice mi información medica protegida para los siguientes fines:

- **Tratamiento:** Para proporcionar, coordinar o administrar mi atención medica y servicios relacionados.
- **Pago:** Para obtener el pago por mis servicios médicos de compañías de seguros u otros pagadores.
- **Operaciones de atención medica:** Realizar actividades de evaluación y mejora de la calidad, gestión de casos, acreditación y otras actividades administrativas.

3. Autorización de divulgación

Doy mi autorización a Vitality Urology Institute para que proporcione mi información medica protegida a:

- **Proveedores de atención medica:** Según sea necesario para coordinar mi atención y tratamiento.
- **Compañías de seguro:** Para procesar reclamos y determinar beneficios.
- **Otras entidades:** Según lo exija la ley o para fines de salud pública, investigación u obligaciones legales.

4. Prácticas de privacidad

Se me ha proporcionado una copia del aviso de prácticas de privacidad de Vitality Urology Institute, que describe como mi información medica protegida puede usarse y divulgarse, y mis derechos con respecto a mi información medica. Entiendo que tengo derecho a revisar este aviso antes de firmar este consentimiento.

5. Derecho a Revocar el Consentimiento

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación por escrito a Vitality Urology Institute. Sin embargo, reconozco que cualquier revocación no afectara las acciones ya tomadas en base a este consentimiento.

6. Informacion de Contacto

Si tengo alguna pregunta sobre este consentimiento o las prácticas de privacidad de Vitality Urology Institute, puedo comunicarme al 713-424-4030.

Reconocimiento - Políticas de Privacidad Revisadas

He revisado este aviso de oficina de prácticas de privacidad que explica como mi información médica será utilizada y divulgada. Tengo entendido que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Notificación de laboratorio

Se ofrecerán pruebas de laboratorio de ciertas variables clínicas en la oficina si es que creemos que su seguro está contratado para reembolsar a la práctica por estos servicios. Si su seguro niega esta cobertura o solicita un reembolso del pago de este servicio, usted será responsable de la cantidad determinada por la práctica que sea una compensación justa y razonable.

Puede consultar este precio con nosotros en cualquier momento antes de que le den sus servicios o puede elegir un laboratorio externo para la misma prueba, la cual también potencialmente este a su cargo.

Firma

Fecha

Póliza de Cancelaciones

Por favor, comprenda que pedimos un aviso de cancelación de 24 horas. Si no nos notifica dentro de las 24 horas de una cita tendrá como resultado un monto de \$50.00 adeudado en/o antes de su próxima visita. Por favor hable con un representante de la oficina para una aclaración de cualquier duda.

Firma: _____ Fecha: _____

Asignación de Beneficios

Yo autorizo el pago de beneficios directamente al médico para el tratamiento quirúrgico y/o servicios médicos aquí especificados. Estoy consciente de mi responsabilidad de pagar cualquier servicio no cubierto, así como cualquier copago, co-seguro y/o deducibles en el momento de tratamiento.

Firma

Fecha

Liberación de Información

Seguros Médicos: Yo autorizo al médico para que libere cualquier información obtenida en el curso de mi examen, tratamiento o cirugía para facturación y tratamiento únicamente.

Firma

Fecha

Individuos: Autorizo al médico para liberar mi información de salud personal a las siguientes personas (incluya: esposo(a), familiares, amigo(a), **doctor de cabecera u otros especialistas**)

Si no desea que le demos información a nadie más que a usted, por favor marque esta opción.

Firma

Fecha

Puntuación Internacional de los Prostáticos

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

| | Ninguna | Menos de 1 vez de cada 5 | Menos de la mitad de las veces | Aproximadamente la mitad de veces | Más de la mitad de veces | Casi Siempre | Puntuación |
|--|-----------|--------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|------------------|------------|
| 1. Durante más o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 2. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 3. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 4. Durante más o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 5. Durante más o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| 6. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| | Ninguna | 1 vez | 2 veces | 3 veces | 4 veces | 5 veces o Más | |
| 7. Durante más o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
| Puntuación Total: | | | | | | | |
| | Encantado | Muy Satisfecho | Más bien satisfecho | Tan Satisfecho como insatisfecho | Más bien insatisfecho | Muy Insatisfecho | Fatal |
| ¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA VARONES (SHIM)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

La salud sexual es una parte importante del bienestar emocional y físico de un individuo. La disfunción eréctil es una condición médica muy común que afecta a la salud sexual. Afortunadamente, existen varias opciones terapéuticas para esta patología.

Este cuestionario se confecciona para ayudarle a usted y a su médico a identificar la disfunción eréctil si este fuese su caso. Si así fuese, su médico podría aconsejarle el tratamiento más adecuado.

Instrucciones para el paciente:

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Marque con un círculo aquella que mejor describa su situación. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

En los últimos 6 meses:

| | | MUY BAJA | BAJA | MODERADA | ALTA | MUY ALTA |
|---|---------------------------|------------------------|--|---|--|------------------------|
| 1. ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección? | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficiente rígidas para la penetración? | SIN ACTIVIDAD SEXUAL | CASI NUNCA O NUNCA | POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES) | A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES) | LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES) | CASI SIEMPRE O SIEMPRE |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja? | NO INTENTO EL ACTO SEXUAL | CASI NUNCA O NUNCA | POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES) | A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES) | LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES) | CASI SIEMPRE O SIEMPRE |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual? | NO INTENTO EL ACTO SEXUAL | EXTREMADAMENTE DIFICIL | MUY DIFICIL | DIFICIL | LIGERAMENTE DIFICIL | NO DIFICIL |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted? | NO INTENTO EL ACTO SEXUAL | CASI NUNCA O NUNCA | POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES) | A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES) | LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES) | CASI SIEMPRE O SIEMPRE |
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

PUNTUACION TOTAL: _____

Si la puntuación es menor o igual que 21, usted está mostrando signos de disfunción eréctil. Su médico puede mostrarle varias alternativas de tratamiento que pueden mejorar su situación.

CONSENTIMIENTO DE TELEMEDICINA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Entiendo que la Telemedicina requiere que mi proveedor de atención medica y yo comuniquemos información de forma interactiva a través de equipos de video sobre mi salud, incluyendo antecedentes de salud anteriores, síntomas presentes, pruebas de laboratorio y de diagnóstico.

- Los detalles de su historial médico, exámenes, radiografías y pruebas se pueden discutir con otros profesionales de la salud mediante el uso de tecnología interactiva de video, audio y telecomunicaciones.
- Es posible que se le realice un examen visual y físico.
- Se podrá solicitar que personal técnico ingrese al área donde se realiza la telemedicina.
- Se pueden tomar grabaciones de video, audio y/o fotografías del encuentro.
- Sobre los beneficios y riesgos de la telemedicina (Reglamento 174.5b) la telemedicina permite brindar servicios de calidad sin tener que viajar largas distancias, pero a su vez presenta algunos riesgos como se describe a continuación.
 - a. A pesar de nuestros mejores esfuerzos para proteger la privacidad de la información del paciente, existe el riesgo de que el protocolo de seguridad falle y provoque una violación de la privacidad de la información medica personal.
 - b. Existe riesgo de retraso en el diagnóstico y tratamiento médico debido a fallas inesperadas en los equipos electrónicos de este servicio.
 - c. Entiendo que, si no se puede realizar la consulta por telemedicina, se me derivara a otro profesional de la salud para que se programe una consulta o consulta presencial (174.5.c del Reglamento).
- Entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento para participar en este medio terapéutico y luego derivarme a otro profesional de la salud.
- Cualquier difusión de imagines o información identificable del paciente y ciertas actividades administrativas y operativas necesarias que respalden su atención no se realizaran sin su autorización.

Al firmar a continuación, comprendo la información escrita proporcionada anteriormente y acepto voluntaria y libremente dar mi consentimiento para participar en la telemedicina, ya sea a través de videoconferencia, teléfono o mensaje de texto con el médico y su equipo para evaluación, valoración y diagnóstico de mi condición médica actual.

Firma del Paciente: _____ Date: _____