



## Información del Paciente/Patient Information

Nombre/Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

Teléfono/Home Phone: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil/Cell: \_\_\_\_\_

Correo electrónico/Email: \_\_\_\_\_ Estado Civil/Marital Status: \_\_\_\_\_

Seguro Social/Social Security: \_\_\_\_\_ Raza/Race: \_\_\_\_\_

Idioma Preferido/Preferred Language: \_\_\_\_\_ Etnia/Ethnicity: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador/Employer Name: \_\_\_\_\_ Numero Teléfono/Phone: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador/Employer Address: \_\_\_\_\_

### **En un evento de emergencia, a quien quiere que contactemos? /In an emergency, who would you like us to contact?**

Nombre/Name: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_

Relación/Relationship: \_\_\_\_\_ Teléfono Secundario/Secondary Phone: \_\_\_\_\_

### **Información del Médico de Referencia (Por favor liste el Doctór primario donde se debe mandar la consulta de hoy)/Physician Information**

Nombre del Doctór Primario/PCP: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_

Dirección/PCP's Address: \_\_\_\_\_

Nombre del Doctor que lo Refirió/Referring Doctor: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_

Dirección/Referring Doctor's Address: \_\_\_\_\_

Nombre de la Farmacia/Pharmacy Name: \_\_\_\_\_ Teléfono/Pharmacy Phone: \_\_\_\_\_

Dirección/Pharmacy Address: \_\_\_\_\_

Con el mejor de conocimiento, esta información es completa y verdadera. Yo entiendo que soy responsable por todos los servicios adquiridos, y doy autorización a mi Doctor para que intercambie información médica de referencia y con sus asociados. Yo por la presente autorizo compartir mi información médica con mi compañía de seguros para obtener reembolso.

Firma/Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

22 March 2017



**Autorización para el uso o la divulgación de información médica de un paciente/Medical Release of Protected Health Information**

Nombre del Paciente/Patient Name: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento/Date of Birth: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone: \_\_\_\_\_

Yo autorizo representantes de Advanced Urology para la divulgación de información médica como se indica anteriormente:

I authorize representatives from Advanced Urology to release or obtain the health information as directed below:

Paciente (Patient)

Obtener de(Obtain from)/ Mandar a (Release to):

Instalación/Facility: \_\_\_\_\_

Dirección/Address: \_\_\_\_\_

Número Telefónico/Phone Number: \_\_\_\_\_

Numero de Fax/Fax Number: \_\_\_\_\_

Obtener de/Mandar a (Release to/Obtain from):

Advanced Urology

1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078

10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097

Phone: (678) 344-8900 Fax: (678) 666-5201

Esto implica a lo siguiente/This request applies to:

- Toda Información medica / All healthcare information.
- Información medica relacionada a todo tipo de tratamiento, condición, o fechas / Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates: \_\_\_\_\_
- Otro/Other: \_\_\_\_\_

Firma/Signature: \_\_\_\_\_

Fecha/Date: \_\_\_\_\_

22 March 2017



ADVANCED UROLOGY

Jitesh Patel, M.D., Mukesh Patel, M.D., Tariq Hakky, M.D., Vishal Bhalani, M.D., Derek Prabharasuth, M.D., A. Dev Mally, M.D., Greco Anderson, M.D., Anthony Davis, PA-C, Kristin Rogers, PA-C, Hayden Jagor, PA-C, Morgann Harney, PA-C 1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078 10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097 Phone (678) 344-8900 Fax (678) 666-5201 Email: info@urologygeorgia.com

**Autorización para Compartir Información Médica**  
**(Authorization To Release Medical Information)**

Nombre/Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

**Yo autorizo a Advanved Urology para que comparta mis resultados con otra persona de miembro familiar.**  
**(I authorize Advanced Urology to release my medical information to another person/family member.)**

Esto es separado del contacto de emergencia y no incluye Doctores, consulta la página previa para la Medical Release

(This is separate from Emergency Contact and also does not include Doctors, see previous page for Medical Release)

**Sí o No/Yes or No** (Si su respuesta es sí/If Yes) Name: \_\_\_\_\_

Relación/Relationship: \_\_\_\_\_ Teléfono/Phone Number: \_\_\_\_\_

Firma/Signature: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_



22 March 2017



## **Póliza Financiera/Payment Policy**

Gracias por elegir a Advanced Urology como su proveedor. Nosotros estamos comprometidos con proveerle atención médica que sea asequible y de calidad. Porque algunos de nuestros pacientes han tenido preguntas sobre la responsabilidad del paciente y de la seguridad de los servicios proveídos, fuimos aconsejados a desarrollar esta póliza financiera. Por favor léalo, pregúntenos cualesquiera preguntas que tenga, y firme en el espacio proveído. Una copia se le proporcionara a petición del paciente.

- 1. Seguridad.** Nosotros participamos en la mayoría de las seguranzas, incluyendo Medicare. Conocer los beneficios de la seguridad es la responsabilidad del paciente. Por favor contacte su seguridad con cualesquiera preguntas que tenga con respecto a su cobertura.
- 2. Co-Pagos y deducibles.** Todos los co-pagos y deducibles deben ser pagados al tiempo del servicio. Este acuerdo es parte de un contrato con la compañía de su seguridad. Si su cuenta es entregada a una agencia de cobros, una tarifa de procesamiento de cobranzas de \$100 será añadido a cualquier saldo pendiente.
- 3. Servicios no cubiertos.** Por favor tenga en cuenta que algunos servicios recibidos no están cubiertos o no se consideran razonables o necesarios por Medicare o otros aseguradores. Usted debe pagar por estos servicios al frente en el momento de la vista.
- 4. Prueba de seguro.** Todos nuestros pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de su vista con el doctor. Debemos obtener una copia de su licencia de conducir y una copia válida de su seguro para proveer prueba de seguro. Si usted falla en proveer con la información correcta en manera oportuna, usted podría tener la responsabilidad del saldo de reclamación.
- 5. Sumisión de reclamaciones.** Nosotros enviaremos sus reclamaciones y le asistiremos de cualquier manera razonable en que podamos para que sus reclamaciones sean pagadas. Su compañía de seguro podrá necesitar que usted divulga cierta información directamente a la compañía de seguro. Es su responsabilidad cumplir con la solicitud de la compañía. Por favor tenga en cuenta que si su compañía decida pagar o no pagar la reclamación, el saldo de reclamación es responsabilidad suya. El beneficio de seguridad es un contrato



ADVANCED UROLOGY

Jitesh Patel, M.D., Mukesh Patel, M.D., Tariq Hakky, M.D.,  
Vishal Bhalani, M.D., Derek Prabharasuth, M.D.,  
A. Dev Mally, M.D., Greco Anderson, M.D.,  
Anthony Davis, PA-C, Kristin Rogers, PA-C,  
Hayden Jagor, PA-C, Morgann Harney, PA-C  
1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078  
10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097  
Phone (678) 344-8900 Fax (678) 666-5201  
Email: info@urologygeorgia.com

entre usted y la compañía de seguridad; nosotros no somos parte de ese contrato.

**6. Cambio de seguro.** Si usted cambia de seguro, por favor notifíquenos antes de su cita para que podamos hacer cambios apropiados y usted pueda recibir lo máximo de sus beneficios.

**7. Falta de pago.** Si su cuenta tiene más de 90 días, usted va a recibir una carta indicando que tiene 20 días para pagar. Por favor tenga en cuenta que, si no paga ese saldo, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranza.

**8. Citas perdidas.** Nuestra póliza es cobrar por citas perdidas sin aviso de cancelación adecuada. Estos cargos serán su responsabilidad y facturados directamente a usted. Por favor ayúdenos a servirle mejor manteniendo su cita.

Nuestra práctica está comprometida a proveer el mejor tratamiento para nuestros pacientes. Los precios que cobramos son representativos de los cargos habituales y acostumbrados alrededor de nuestra área.

**Yo he leído y entiendo la póliza financiera y acepto cumplir con las directrices.**

**Para información adicional o preguntas sobre esta póliza por favor contacte:**

**Advanced Urology Business Office Lunes – Viernes 8am-5pm 678.344.8900 ext. 802**

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha



# ADVANCED UROLOGY

Jitesh Patel, M.D., Mukesh Patel, M.D., Tariq Hakky, M.D.,  
Vishal Bhalani, M.D., Derek Prabharasuth, M.D.,  
A. Dev Mally, M.D., Greco Anderson, M.D.,  
Anthony Davis, PA-C, Kristin Rogers, PA-C,  
Hayden Jagor, PA-C, Morgann Harney, PA-C  
1555 & 1557 Janmar Road, Snellville, GA 30078  
10730 Medlock Bridge Road, Johns Creek, GA 30097  
Phone (678) 344-8900 Fax (678) 666-5201  
Email: info@urologygeorgia.com

Nombre/Name: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento/DOB: \_\_\_\_\_

Doctor que lo refirió a nuestra oficina/Referring Doctor: \_\_\_\_\_

¿Tiene un cardiólogo? /cardiologist? **SI NO** Si tiene un cardiólogo, escriba el nombre/name: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono del cardiólogo/Phone: \_\_\_\_\_ Escriba la fecha de su última cita/Last Appt: \_\_\_\_\_

Cuál es la razón de su visita de hoy?/Reason for visit? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor liste si tiene alergias a algún medicamento:

Please list any medication allergies:

Reacción que le causa:

Reaction to Medication:

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

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

Otras alergias/Other Allergies: \_\_\_\_\_

¿Usted toma algún medicamento? /Do you take any medications? **SI NO**

Por favor liste todos los medicamentos que toma y las dosis- (Vitaminas, medicamentos etc)/Please list all medication(s) including dosage (prescription, over-the-counter, and herbal):

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

Por favor liste su historial médico significativo/Please list all significant medical history: \_\_\_\_\_

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

Por favor liste cirugías anteriores y sus respectivos años/Please list all prior surgeries including the year: \_\_\_\_\_

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

22 March 2017



Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**MUJERES/WOMEN:** Por favor llenen

Número de embarazos/Pregnancies: \_\_\_\_\_

Numero de cesáreas /Cesarean Sections: \_\_\_\_\_

Número de partos vaginales/Vaginal

Está embarazada ahora?/Are You Currently Pregnant? **SI NO**

Deliveries: \_\_\_\_\_

Usted toma medicina anticoagulante para la sangre?/blood thinners? **SI NO**

Usted toma aspirina o alguna medicina anti-inflamatorios todos los días ?/Aspirin or anti-inflammatory? **SI NO**

Usted tiene reemplazo de alguna válvula cardíaca?/Heart valve replacement? **SI NO**

Usted ha tenido reemplazo de articulación?/Have you had a joint replacement? **SI NO**

Usted es alérgico al látex? /Are you allergic to latex? **SI NO**

Usted es alérgico al contraste intravenoso? /Are you allergic to intravenous contrast (dye)? **SI NO**

Historial Social/Social History

Estado civil/Marital Status: S M W D

Ocupación/Occupation: \_\_\_\_\_

Usted usa Tabaco/tobacco products: **SI NO**

Bebe Alcohol: **SI NO**

Tipo/Type: \_\_\_\_\_

Cerveza/Beer Vino/Wine Licor/Liquor

Paquetes por día/Packs: \_\_\_\_\_

Diario/Daily Semanal/Weekly Mensual/Monthly

Cuantos años/Years? \_\_\_\_\_

Social/Socially Raramente/Rarely

Ha intentado dejar de fumar/Tried to quit?

Cantidad/Amount: \_\_\_\_\_

Años que lleva sin fumar/Years since quitting? \_\_\_\_\_

Día de su última bebida de alcohol/Last Drink: \_\_\_\_\_

Expuesto al humo pasivo/Passive smoke exposure? \_\_\_\_\_

Usted tiene un testamento vital?/Advance Directive: **SI NO**

Tiene historial familiar de alguno de los siguientes/Do you have a family history of any of the following:

(circule las que apliquen)

Enfermedad en la sangre/Blood Disease

Hiperlipidemia/Hyperlipidemia

Agrandamiento de la próstata/BPH

Inflammatory Bowel Disease

Trastorno convulsivo/Seizure Disorder

Insuficiencia Renal/Renal Failure

Trastorno de la tiroides/Thyroid Disorder

Urolithiasis (Urinary Tract Stones)

Infección del Tracto Urinario/UTI

Presión alta/Hypertension (High Blood Pressure)

Migrañas/Migraines

Ataque Cerebral/Cerebrovascular (Stroke)

Eczema

Cáncer: Type 1. \_\_\_\_\_

Diabetes

2. \_\_\_\_\_

Enfermedad Arterial Coronaria/Coronary Artery Disease Which Family Member

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Otra/Other: \_\_\_\_\_

22 March 2017



Revision de SistemasConstitutional

Cambios en el Apetito/Appetite	SI	NO
Escalofrío/Chills	SI	NO
Fatiga/Fatigue	SI	NO
Fiebre/Fever	SI	NO

Eyes

Visión borrosa/Blurred vision	SI	NO
Cambios en la vista/vision Changes	SI	NO

Otorrinolaringología ENT

Dolor de Cabeza/Headaches	SI	NO
Congestión Nasal/Nasal congestion	SI	NO
Nariz que Moquea/Runny Nose	SI	NO
Dolor de Sinusitis/Sinus pain	SI	NO
Dolor de Garganta/Sore throat	SI	NO

Pecho/Breast

Síntomas Adicionales/Additional	SI	NO
Nódulo/Lumps	SI	NO
Secreción del Pezon/Nipple discharge	SI	NO
Hinchazón/Swelling	SI	NO
Sensibilidad/Tenderness	SI	NO

Cardiovascular

Soplos Cardiacos/Cardiac murmurs	SI	NO
Dolor en el Pecho/Chest pains	SI	NO
Latidos del Corazón irregulares/Irregular heartbeat	SI	NO

Respiratorio/Respiratory

Dificultad para respirar/Painful respiration	SI	NO
Falta de Aliento/Shortness of breath	SI	NO
Silbido en el Pecho/Wheezing	SI	NO

Gastrointestinal

Dolor Abdominal/Abdominal Pain	SI	NO
Sangrado en las heces/Blood in Stool	SI	NO
Diarrea/Diarrhea	SI	NO
Perdida de Apetito/Loss of appetite	SI	NO
Nausea	SI	NO
Vomito/Vomiting	SI	NO

Alergias inmunológicas/Allergic-Immunologic

Dermatitis Alérgica/Allergic Dermatitis	SI	NO
Enfermedades Frecuentes/Frequent Illness Alergias	SI	NO
Nasales/Sinus Allergy Symptom	SI	NO

Genitourinario/Genito-Urinary

Disminución deseo sexual/Decreased sex drive	SI	NO
Disminución al orinar/Decreased stream	SI	NO
Dificultad al orinar/Difficulty voiding	SI	NO
Cólicos menstruales/Dysmenorrhea	SI	NO
Dolor al orinar/Dysuria (painful urination)	SI	NO
Frecuencia urinaria/Frequency of urination	SI	NO
Impotencia/Impotence	SI	NO
Incontinencia urinaria/Incontinence	SI	NO
Orina frecuente durante la noche/Nocturia	SI	NO
Chorro Urinario Lento/Post void dribbling	SI	NO
Retención urinaria/Retention	SI	NO
Dolor testicular/Scrotal pain	SI	NO
Urgencia urinaria/Urgency	SI	NO
Flujo Vaginal/Vaginal discharge	SI	NO

Neurologico/Neurological

Dolor de cabeza/Headaches	SI	NO
Incoordinación/Incoordination	SI	NO
Entumecimiento y homiguelo/Numbness	SI	NO

Musculoesqueletico/Musculoskeletal

Dolor de espalda/Back pain	SI	NO
Dolor de Huesos/Bone pain	SI	NO
Dolor de articulaciones/Joint pain	SI	NO
Dolor muscular/Muscle pain	SI	NO

Endocrino/Endocrine

Intolerancia al frio/Cold intolerance	SI	NO
Sed excesiva/Excessive thirst	SI	NO
Exceso de orina/Excessive urination	SI	NO
Intolerancia al calor/Heat intolerance	SI	NO
Aumento de peso/Weight gain	SI	NO
Perdida de peso/Weight loss	SI	NO

Hematología/Linfatico-Hematology/Lyr

Sangra fácilmente/Easy bleeding	SI	NO
Moretones con facilidad/Easy bruising	SI	NO
Ampliación Linfático/Lymph enlargement	SI	NO

22 March 2017