

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health System

FECHA:

FORMULARIO PARA CONOCER AL PACIENTE

DOCTOR:

(Paciente) APELLIDO: NOMBRE: I:

DIRECCION: CIUDAD:

ESTADO: CODIGO: TELEFONO: CELL:

SEGURO SOCIAL #: TRABAJO: CORREO ELECTRONICO:

EDAD: FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: F M ESTADO CIVIL

OCCUPACION: EMPLEADOR:

DIRECCION DEL TRABAJO: CIUDAD ESTADO: CODIGO:

DOCTOR PRIMARIO TELEFONO:

DIRECCION: CIUDAD: ESTADO: CODIGO:

FAMILIAR MAS CERCANO: TELEFONO:

NOMBRE DE SU ESPOSO/A: FARMACIA PREFERIDA:

DIRECCION DE LA FARMACIA: TELEFONO DE LA FARMACIA:

DIRECCION DEL TRABAJO DEL ESPOSO/A: TEL DEL TRABAJO #:

INFORMACION DE SU SEGURO MEDICO

COMPANIA DEL SEGURO PRIMARIO: NOMBRE DEL ASEGURADO:

NUMERO DEL CERTIFICADO #: FECHA EFECTIVA:

PLAN #: GRUPO #:

COMPANIA DE SEGURO SECUNDARIO: NOMBRE DEL ASEGURADO:

CERTIFICADO: FECHA EFECTIVA:

PLAN #: GRUPO #:

AUTORIZACION DE PAGO DE SEGURO

Yo autorizo y doy permiso a la oficina médica mencionada arriba que me ha tratado, que divulgue a las agencias gubernamentales, compañía de seguro, u otros que están financieramente relacionados con el pago de mi cuidado médico. Para justificar pagos por dichos cuidados y también permitir a representantes a examinar y hacer copias de todos los expedientes de dichos cuidados. Yo aquí asigno, transfiero y dispongo que la oficina médica mencionada arriba, obtenga el suficiente dinero o beneficios a las cuales yo tengo derecho de las agencias gubernamentales, compañía de seguros u otras instituciones que son responsables por el costo del cuidado y tratamiento que se me ha dado a mí, o a mi dependiente en esta práctica.

FIRMA _____

FECHA _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____

REVISION DEL SISTEMA

¿Tiene usted o ha tenido algún problema relacionado con los siguiente?

Marque la caja indicada Si No

Explique la repuesta positiva en el espacio indicado

Síntomas

- Fiebre Si No
- Escalofrios Si No
- Cansado/aletargado Si No
- Pérdida o aumento de Peso Si la respuesta es si, cuántas _____ lbs

Ojos

- Problema con la vista Si No
- Ojos Secos Si No
- Otro _____

Oído/Nariz/Garganta/Boca

- Dolor de oído Si No
- Dolor de garganta Si No
- Sinustis Si No
- Otro _____

Cardiovascular

- Dolor de Pecho Si No
- Alta Presión Si No
- Otro _____ Si No

Respiratorio

- Falta de Respiración Si No
- Conjestión/ sibilancias Si No
- Tose con Frecuencia Si No
- Otro _____

Gastrointestinal

- Dolor de estómago Si No
- Nausea/ vómito Si No
- Acidez/Indigestión Si No
- Estrñimiento Si No
- Diarrea Si No
- Otro _____

Musculo Esqueletal

- Dolor en las cojunturas Si No
- Cojunturas inchadas Si No
- Ganglios inchados Si No
- Otro _____

Piel

- Lesiones en la piel Si No
- Picasón Si No
- Herida en la Piel Si No
- Otro _____

Neurológico

- Mareos
- Debilidad en las extremidades Si No
- Dificultad para caminar Si No
- Otro _____ Si No

Endocrino

- Debilidad en los músculos
- Menopausa/Sofócos Si No
- Síntomas de debilidad Si No
- Otro _____ Si No

Hematológico/Linfático

- Glándulas Inchadas Si No
- Moretones con facilidad Si No
- Sangra con facilidad Si No
- Otro _____ Si No

Historia Sexual

- Dolor cuando tiene relaciones
- Pérdida de Interés
- Hombres – poca erección
- Hombres - no erecciones
- Interesado en tratamiento/evaluación del problema sexual?
- Otro _____

Infecciones Gentales

- Infección o bacteria en los genitales
- Infección genital/hongos
- Enfermadades Transmitida Sexualmente
- Otro _____

Genitourinario

- ¿Ha visto al urólogo antes?
- Nombre _____
- Infecciones Urinaria(Vejiga/Riñones)
- Dolor al orinar
- Puede ver sangre en los orines?
- Le dijeron que tenia sangre en los orines?
- Descarga del canal urinario
- Historia de piedras en los riñones
- Piedras en los orines
- Retención Urinaria
- Se levanta en la noche a orinar
- Si es sí, cuántas veces _____
- Deseo grande de orinar
- Deseo grande de orinar causando pérdida de orines
- Presión en la vejiga
- Orina con frecuencia
- Si es sí, cuantas veces al día _____
- Se esfuerza o puja para orinar
- Espera mucho tiempo para orinar
- Flujo lento
- Flujo interrumpido
- Siente la vejiga llena despues de orinar

Incontinencia

- Pérdida de orine
- Pérdida de orine cuando tose/tensión/al reir
- Goteo de orine
- Otro _____

Sólo Mujeres

- Fecha de la última menstruación _____
- Período menstrual anormal
- Si es sí, explique _____
- Es posible que esté embarazada
- Actualmente en la menopausia
- Otro _____

Firma del Doctor _____

Fecha _____

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health
System

FORMULARIO DE LA HISTORIA PARA PACIENTE NUEVO

FECHA:

Apellido:

Nombre:

I:

Fecha de nacimiento:

Médico que lo refirió:

Médico Primario:

Urólogo que lo refirió:

Cardiólogo:

Queja: Describe su Problema:

HISTORIA DE ENFERMADES PRESENTE (circule)

Localidad del problema

Abdomen Espalda/Riñon Vejiga Genitalia Orine
 Infertilidad

Otro _____

¿Cuándo empezó a notar el problema?

Hace 2 días 2 semanas 1 mes

Otro _____

¿Tiene Dolor? Sí No (Si es sí, favor de
 explique) Fuerte Punsante va y viene siempre
 esta ahí

Otro _____

De la medida del 1 al 10, con 10 siendo la más severa,
 circule el numero que mejor describa su dolor:

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Hay algo que le ayuda o le empeora el
 problema? Moviendose levantandose/
 haciendo fuerza Comiendo/ Bebiendo

Otro _____

¿Cuánto tiempo dura el dolor?

30 minutos 1 hora 1-3 horas siempre esta ahí

Otro _____

¿Hay alguna otra cosa que le ocurre a la misma vez?

Sí No (Si es si, favor de explique):

Nausea/Vómito

Fiebre/ Escalofríos

Diarrea

¿El problema interfiere con sus funciones normales?

Sí No (Si es sí, favor de explique):

HISTORIA MEDICA DEL PASADO?

Liste todos sus problemas médicos del pasado y del
 presente?

Lista de cirugías previas

Año

Escriba cualquier medicina, hierbas o suplementos que
 toma

¿Tiene alguna clase de alergia? Sí No (si es
 sí, explique)

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health
System

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

CÓDIGO DE SIMTOMAS	Ninguna vez 0	Menos de 1 vez en 5 1	Menos de la del tiempo 2	La mitad del tiempo 3	Mas de la mitad del tiempo 4	Casi siempre 5
Durante el mes pasado, ¿cuántas veces has tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que volver a orinar en menos de dos horas después de terminar de orinar?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha resultado difícil para posponer la orinar?						
Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido usted un flujo de orina débil?						
Durante el último mes, ¿cuántas veces has tenido que pujar o hacer esfuerzo para empezar a orinar?						
Durante el último mes, típicamente cuantas veces se levanto a orinar desde al acostarse hasta levantarse?						

Calidad de vida Relacionado con los Síntomas Urinarios	Ninguno 0	Un poquito 1	A veces 2	Mucho 3
Desde el último mes, ¿cuánta molestia física le han causado los problemas urinarios?				
Desde el último mes, ¿que tanto se preocupó usted por su salud por los problemas urinarios?				

	Ninguno 0	Un poquito 1	A veces 2	Mucho 3
En general, que tan molesto ha sido el problema urinario durante el ultimo mes?				

¿Usted tiene historia de sangramiento? Si No

Si es sí, explique _____

NOMBRE _____

FECHA DE NACIEMENTO _____

Historia Social:

Ocupación _____

Retirado Sí No

Estado Civil: Soltero Casado Separado Divorciado

¿Tiene Niños? Sí, ¿cuántos? _____ No

Actualmente fuma tabaco: Sí No

Si es sí, que cantidad _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha dejado usted el tabaco en las ultimos 12 meses?

Sí No

Si usted usó tabaco en el pasado

¿Cuántos paquetes al día? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Usted toma alcohol? Sí No

Si es sí, que tipo de alcohol y por cuánto tiempo?

Denos una lista de los problemas médicos de su familia más cercana: (Por favor chequee SI o NO)

Historia de cáncer en la prostota Sí No

Historia de algun otro cáncer Sí No

Si es sí, por favor describa : _____

Historia en la familia de piedra en los riñones Yes No

Otra historia médica en al familia:

Está usted en alguna dieta especial? Sí No

Si es sí, por favor explique:

Firma del Doctor _____

Dia del servicio _____

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
290 Central Ave. Suite 207 Lawrence, NY
11559
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health
System

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
FECHA: _____

Directivas anticipadas (Apoderado)

(Aplicable a pacientes sobre la edad de 18 años)

¿Tiene usted algún apoderado?

Si No

¿Tiene usted interés en tener un apoderado?

Si No

Si es sí, refierase al departamento de Servicio Social Al teléfono 718 470 7540

Poder de atención médica dada al paciente

Si No

Cesación de Fumar

Usted fuma?

Si No

Si es así, ¿la información para dejar de fumar le
fué dada al paciente?

Si No

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health
System

POLIZA FINANCIERA

Estamos dedicados a proveerle el mejor servicio posible y es un placer discutir con usted nuestros servicios profesionales y honorarios a su disposición. Es importante que usted entienda nuestra poliza financiera para un mejor entendimiento en nuestra relación profesional. Por favor si tiene alguna inquietud acerca de nuestros honorarios, poliza financiera o su responsabilidad financiera, siéntase libre de preguntar.

Todos los pacientes deben completar la forma de la información del paciente antes de ver al doctor.

Requerimos una copia de su tarjeta de seguro para mantenerla en nuestros archivos.

- **CO-PAGO:** Por ley, DEBEMOS colectar su co-pago designado a la hora del servicio. Por favor venga preparado con el co-pago de cada visita.
- **NO TENEMOS PLANES DE CO-PAGOS:** Si su plan no requiere co-pago y participamos en su plan, aceptamos la cantidad designada. Usted es responsable por cualquier deducible y balance que su plan indique en la explicación de beneficios.
- **REFERIDOS:** Si su plan requiere un referido de su doctor primario, es su responsabilidad de obtenerlo antes de su cita y traerlo con usted el día de su visita. SI NO TIENE REFERERIDO PARA EL DIA DE SU CITA, TENDRA QUE HACER UNA NUEVA CITA.
- **PACIENTES SIN SEGUROS:** Su honorario debe ser pagado antes de ver al médico.
- **MEDICARE:** Su factura será sometida a Medicare por la cantidad permitida por Medicare. Usted es responsable por el deducible anual y el 20% co-insurance, a menos que usted tenga un seguro secundario que cubra el 20% co-insurance.

USTED ES RESPONSABLE POR EL PAGO A TIEMPO DE SU CUENTA.

ACEPTAMOS EFECTIVO, CHEQUES, Y TARJETA DE CREDITOS.

Gracias por tomar su tiempo en revisar nuestra poliza. Siéntase libre de hacer cualquier pregunta o de compartir sus preocupaciones.

Firma de la persona responsable

Fecha

Jason A. Grotas MD
Urologic Surgical Care LLC
A Voluntary Affiliate of NS LIJ Health
System

Estimado paciente:

Le queremos dejar saber que usted posiblemente reciba dos cuentas de los procedimientos recibidos en esta oficina por el Dr. Jason Grotas una cuenta representa el servicio del doctor y la otra representa el servicio del laboratorio o el servicio del patología. Dependiendo del plan de seguro que usted tenga, pueda ser que reciba una factura de los copagos por el servicio del laboratorio o del hospital.

De ninguna manera esto afectará el servicio que usted recibe por parte nuestra, la cual continuará sirviéndole con la más alta calidad del cuidado en su diferente clase de servicio médico.

Si usted tiene cualquier pregunta, comentario o preocupación, por favor comuníquese con nuestra oficina al (516)239-8585.

Sinceramente,

Jason Grotas MD

Urologo

Con mi firma yo reconozco que he leído esta carta y que estoy conciente de la posibilidad de ser responsable de cualquier co-pago de hospital separado del co-pago de la oficina médica.

Firma _____

Fecha _____