



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

NOMBRE: _____ Chart#: _____

CALLE: _____ SEXO: _____ ESTADO CIVIL: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP CODE: _____

TELEFONO DE CASA: _____ TELEFONO MOVIL: _____ TELEFONO DEL TRABAJO: _____

FECHA DE NACIM.: _____ EDAD: _____ SSN: _____

RAZA: _____ ETHNICIDAD: _____ PREFERRED LANGUAGE _____

EMAIL: _____

OCUPACION: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR: _____

DIRECCION DEL EMPLEADOR: _____

TELEFONO DEL EMPLEADOR: _____

NOMBRE DE LA ESPOSO(A): _____ FECHA DE NACIMIENTO DE SU ESPOSO(A) _____

OCUPACION DE SU ESPOSO(A): _____ EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A): _____

CALLE DE EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A): _____

NUMERO DE TELEFONO DE EL EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A): _____

QUIEN ES SU DOCTOR PRIMARIO?: _____ TELEFONO: _____

COMO FUE REFERIDO A NUESTRA OFICINA?: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

SEGURO PRIMARIO: _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

Nombre del asegurado, si no es lo mismo:

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO DE POSEEDOR DE LA POLIZA:** _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE POSEEDOR DE POLIZA _____

Su Relacion a el Asegurado: Yo Espos(a) Hijo(a) Otro

SEGURO SECUNDARIO _____

NUMERO DE POLIZA: _____ NUMERO DE GRUPO: _____

Nombre del asegurado, si no es lo mismo:

NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO DE POSEEDOR DE LA POLIZA:** _____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE POSEEDOR DE POLIZA _____

Su Relacion a el Asegurado: Yo Espos(a) Hijo(a) Otro

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Solicito que el pago de Medicare autorizado u otros beneficios de seguro se haga en mi nombre a Dimitri Kessar, MD, PC por cualquier servicio que me proporcione el Dr. Kessar, MD o sus agentes autorizados. Autorizo a cualquier titular de información médica sobre mí para que se divulgue a mis aseguradoras o a la Administración de Financiación de la Atención Médica o a sus agentes, la información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios pagaderos por servicios relacionados. Además, entiendo que los montos anuales de deducible y coseguro son mi responsabilidad. Si he asignado beneficios a cualquier otra parte (Medicare, Managed Care u otros planes con los que no participamos), esta oficina no sera elegible para el pago. Entiendo que seré responsable de toda la factura por el servicio prestado. Si su cuenta se vuelve morosa, usted será responsable del 18% de interés (APR), tarifas de cobro del 25% del saldo adeudado, además de las multas aplicables.

FIRMADO: _____ FECHA: _____

FIRMADO: _____ FECHA: _____



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

Nombre(Name) : _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Doctor Referido/Primario (Referring/PCP): _____

Ocupación (Occupation): _____ Edad(Age): _____ Altura(Height): _____ Peso(Weight): _____

Cual es la razón de su visita al doctor? (Why are you seeing the doctor today?) _____

Cuanto tiempo tiene con el problema? (How long have you had this problem?) _____

Ha tratado medicina o tratamiento para el problema? (Medicine/treatment) _____

Molestias Urológicas Presentes

Por favor MARQUE cualquiera de los siguientes problemas urológicos que esta experimentando **ACTUALMENTE**:

<input type="checkbox"/> Dolor Abdominal (<i>Abdominal Pain</i>) – Locación: _____ <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (<i>Back pain</i>) – Derecho/ Izquierdo/ Espalda Baja <input type="checkbox"/> Dolor en el Flanco (<i>Flank pain</i>) Derecho/ Izquierdo <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar (<i>Painful Urination</i>) – Poco/Medio/Ssevero <input type="checkbox"/> Esperar a orinar? <input type="checkbox"/> Frecuencia de Orina (<i>Frequency</i>) – Cada (every) __ hora(s) <input type="checkbox"/> Debil/ Lento/ Moderato Corriente de Orina (<i>weak/slow/ moderate stream</i>) <input type="checkbox"/> Vaciado Incompleta de la Vejiga (<i>Incomplete Bladder Emptying</i>) – Ocasional/ Siempre	<input type="checkbox"/> Urgencia de Orina (<i>Urgency</i>) – Ocasional/ Siempre <input type="checkbox"/> Gotea de Orina (<i>Dribbling</i>) – Ocasional/ Siempre <input type="checkbox"/> Orina cuando estornuda o toce (<i>Leakage with Cough or Sneeze</i>) Sí: __#toallas/diarias __#liqueos/diarias <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar orina (<i>Leakage with Urgency</i>) Sí: __#toallas/diarias __#liqueos/diarias <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (<i>Blood in urine</i>) <input type="checkbox"/> Mal olor en la orina (<i>Urine Odor</i>)	<input type="checkbox"/> Movimiento instestinal incompleto (<i>Incomplete Bowel Movements</i>) <input type="checkbox"/> Constipacion <input type="checkbox"/> Diarrhea <input type="checkbox"/> Fiebre (<i>Fever</i>) <input type="checkbox"/> Resfriados (<i>Chills</i>) <input type="checkbox"/> Nausea <input type="checkbox"/> Vomito <input type="checkbox"/> Perdida de peso (<i>Weight Loss</i>) <input type="checkbox"/> Flujo Vaginal (<i>Vaginal discharge</i>)
--	---	---

Cuántas veces orina en la noche? (*Nocturia*) __ Por noche

Tiene historial de Infección en la Orina ? (*UTI Hx*) __ Sí __ No, “Si” Cuántas veces en los últimos 6 meses ? ____

Tiene historial de cálculos renales? (*Stone Hx*) __ Sí __ No / Cirugia de Calculos Renales? (*Stone Sx*) __ Sí __ No

Tiene HISTORIA de: __ Cáncer en los Riñones (*Renal*)? __Cáncer en la Vejiga (*Bladder*) ? __

Tiene un HISTORIAL FAMILIAR de: __ Cáncer en los Riñones (*Renal*)? __Cáncer en la Vejiga (*Bladder*)?

Alguna vez has estado embarazada? (*Pregnant*) __ No __ Sí:

“Si,” # Partos Vaginales ____ (#) # de abortos electivos ____ (#)

de Cesaria ____ (#) # de abortos involuntarios ____ (#)



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessarlis, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

Por Favor, utilice el siguiente espacio para informarnos sobre cualquier problema urológico que le haya molestado que no se haya mencionado anteriormente (Other Urologic Problems):

SOCIAL HISTORY:

Estado Civil (Marital Status): (Indique el número de años)

Soltera (Single) Casada (Married) Separada (Separated) Divorciada (Divorced)
 Viuda (Widowed) Union Libre (Life Partner)

Consumo de Alcohol: Ninguno (None) Sí Ocasional/Social # de copas al dia (# drinks/day)

USO de TABACO: Ninguno Si # Cajetillas/diarias # Cigarrillos/diarios Tabaco sin humo

ALGUNA VEZ FUMASTE (EVER SMOKE)? Si No "Si" # Cajetillas/diarias # Cigarrillos/diarios

CUANDO DEJASTE DE FUMAR? (WHEN DID YOU QUIT?) # meses / anos

Drogas Recreativas: Ninguna Si "Si", por favor menciónelas: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES: Por favor, indique TODOS los medicamentos que está tomando actualmente, incluyendo los medicamentos SIN prescripción

Nombre del Medicamento: (Drug Name):	Intensidad: (Strength):	Indicaciones / Como tomarla: (Directions/ How you take it):
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(Adjuntar lista si es necesario)

ALERGIAS: Por favor liste TODOS los tipos (Drogas, Temporada, Mascotas, ambientales, Alimentos)

NOMBRE DE FARMACIA: _____ **Teléfono #:** _____ **Fax#:** _____

*****SI NO TIENE LA INFORMACIÓN ANTERIOR CON USTED, LLAME A NUESTRA OFICINA CUANDO LLEGUÉ A CASA !!!!!!!!!!!!!**



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

HISTORIA MEDICA PASADA:

Por favor, CIRCULE si tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades o condiciones médicas:

ADD	Síndrome de Fatiga (Chr. Fatigue Synd)	Fiebre de Heno (Hay Fever)	Estenosis Mitral (Mitral Stenosis)
ADHD	Enfermedad Crónica del Hígado (Chronic Liver Disease)	Ataque al Corazón (Heart Attack)	Insuficiencia Mitral (Mitral Insufficiency)
Alcoholismo (Alcoholism)	Enfermedad Pulmonar Crónica (Chronic Lung Disease)	Enfermedad del Corazón (Heart Disease)	Prolapso Válv. Mitral (Mitral Valve Prolapse)
Allergias (Allergies)	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA (CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY)	Problema Válvula del Corazón (Heart Valve Problem)	Paperas (Mumps)
Enfermedad de Alzheimer (Alzheimer's Disease)	FALLA RENAL CRONICA (CHRONIC RENAL FAILURE)	Soplos Cardiacos (Heart Murmurs)	Tuberculosis
Anemia (Anemia)	Colitis	Hemorroides	Obesidad (Obesity)
Aneurisma (Aneurysm)	Estreñimiento (Constipation)	Hepatitis	Osteopenia
Angina	Cáncer del Colon (Colon Cancer)	Hernia de Disco (Herniated Disc)	Osteoporosis
Anorexia	Condición del Colon (Colon Condition)	Hernia Hiatal (Hiatal Hernia)	Pancreatitis
Trastorno de Ansiedad (Anxiety)	Cardiopatía Congénita (Congenital Heart Disease)	Coolesterol Alto (High Cholesterol)	Fisura Rectal (Rectal Fissure)
Artritis (Arthritis)	Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)	Presión Alta (High Blood Pressure)	Úlcera Péptica (Peptic Ulcer)
Arritmia (Arrhythmia)	Sordera (Deafness)	SIDA	Flebitis (Phlebitis)
Aneurisma Aórtico (Aortic Aneurysm)	Trombosis Venosa Profunda (Deep Vein Thrombosis)	Glucosa Deteriorada (Impaired Glucose Tolerance)	Intento de Suicidio (Suicide Attempt)
Estenosis Aórtica (Aortic Stenosis)	Depresión (Depression)	Infertilidad (Infertility)	Polio (Polio)
Insuficiencia Aórtica (Aortic Insufficiency)	Diabetes-No-Insulina (Diabetes – Non-Insulin)	Enfermedad/Intestino Irritable (Irritable Bowel Dis.)	Enfermedad Pulmonar (Pulmonary Disease)
Asma (Asthma)	Diabetes-con-Insulina (Diabetes – Insulin)	Enfermedad Inflam. Intestino (Inflamed Bowel Disease)	Enfermedad Sexual Transmitida (STD)
Fibrilación Auricular (Atrial Fibrillation)	Diabetes no controlada (Diabetes – Uncontrolled)	CÁNCER DEL RIÑÓN (RENAL CANCER)	Enfermedad de Tiroides (Thyroid Disease)
Dolor de Espalda (Back Pain)	Diarrea (Diarrhea)	ENFERMEDAD DEL RIÑÓN (RENAL DISEASE)	Enfermedad de Pituitaria (Pituitary Disease)
Hiperplasia Prostática Benigna (BPH)	Desorden Alimenticio (Eating Disorder)	INFECCIÓN RENAL (RENAL INFECTION)	Cáncer de Páncreas (Pancreatic Cancer)
Desorden Bipolar (Bipolar Disorder)	Infección del Oído (Ear Infections)	CÁLCULOS RENALES (RENAL CALCULUS)	Cáncer del Recto (Rectal Cancer)
CÁNCER DE VEJIGA (BLADDER CANCER)	Enfisema (Emphysema)	Enfermedad Infecciosa (Infectious Disease)	Embolia Pulmonar (Pulmonary Embolism)
Trastornos de Sangrado	Corazón Agrandado (Enlarged Heart)	Cáncer de Laringe (Laryngeal Cancer)	Ataque de Nervios (Nervous Breakdown)
Ceguera (Bleeding Disorder)	Epilepsia (Epilepsy)	Leucemia (Leukemia)	Fiebre Reumática (Rheumatic Fever)
Tumor Cerebral (Brain Tumor)	Enfermedad Fibroquística de Mama (Fibrocystic Breast Disease)	Enfermedad del Hígado (Liver Disease)	Ataque Fulminante
Cáncer de Mama (Breast Cancer)	Fibromialgia (Fibromyalgia)	Cáncer de Pulmón (Lung Ca)	
Bronquitis (Bronchitis)	Cáncer Gástrico (Gastric Cancer)	Linfoma (Lymphoma)	
Cataratas (Cataracts)	GERD	Malestar (Malaise)	
Enfermedad Cerebrovascular (Cerebrovascular Disease)	Glaucoma	Melanoma	
Colecistitis (Cholecystitis)	Coto (Goiter)	Enfermedad Mental (Mental Illness)	
Colelitiasis (Cholelithiasis)	Gota (Gout)	Migraña (Migraine)	



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

HISTORIAL FAMILIAR

Por favor, CIRCULAR y LISTAR qué miembro de la familia tiene o tuvo alguno de los siguientes: (Madre, Padre, Hermanos o Hijos)

Artritis (Arthritis): _____
Enuresis (Bedwetting): _____
Cáncer de Vejiga (Bladder Ca): _____
Sitio de Cancer (Cancer Site): _____
Enfermedad de Crohn: _____
Depresion: _____
Diabetes: _____
Gota (Gout): _____

Ataque al Corazon (Heart Attack); _____
Hipertension: _____
Cancer al Rinon (Renal Ca): _____
Calculos al Rinon (Renal Stone): _____
Leucemia (Leukemia): _____
Melanoma Maligno (Malignant Melanoma): _____

Esclerosis Multiple (Mult. Sclerosis): _____
Cancer de Laringe (Laryngeal Ca): _____
Cancer de Pancreas: _____
Cancer De Prostata: _____
Ataque Fulminante (Stroke): _____
Enfermedad de Tiroides (Thyroid Dis.): _____
Tuberculosis: _____

Other: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS:

*** Por favor, circule cualquier problema que tenga actualmente:

<p><u>Constitucional</u> Fiebre (<i>Fever</i>) Pérdida de Peso (<i>Weight Loss</i>) Aumento de Peso (<i>Weight Gain</i>) Sudores Nocturnos (<i>Night Sweats</i>) Perdida de Energia (<i>Loss of Energy</i>) Otro _____</p> <p><u>Ojos</u> Vision Borrosa (<i>Blurred Vision</i>) Cataratas (<i>Cataracts</i>) Ceguera (<i>Blindness</i>) Otro _____</p> <p><u>Oidos/ Nariz/ Garganta</u> Pérdida de Audición (<i>Hearing Loss</i>) Congestion Nasal (<i>Nasal Congestion</i>) Boca Seca (<i>Dry Mouth</i>) Dolor de Garganta (<i>Sore Throat</i>) Otro _____</p>	<p><u>Cardiovascular</u> Hinchazon (<i>Swelling</i>) Dolor de Pecho / Angina Latidos de Corazon Irregulares (<i>Irregular Heart Beats</i>) Otro _____</p> <p><u>Respiratorios</u> Dificultad para respirar (<i>Shortness of Breath</i>) Sibilancias (<i>Wheezing</i>) Tos (<i>Cough</i>) Otro _____</p> <p><u>Gastrointestinal</u> Dolor Abdominal (<i>Abd. Pain</i>) Nausea / Vomito Estreñimiento (<i>Constipation</i>) Diarrea Cambio en Hábito Intestinal (<i>Change in Bowel Habits</i>) Movimientos Intestinales Incompletos (<i>Inc. Bowel Mvmts</i>) Otro _____</p>	<p><u>Genitourinario</u> Dolor de Pelvis (<i>Pelvic Pain</i>) Incontinencia (<i>Incontinence</i>) Frecuencia (<i>Frequency</i>) Retencion (<i>Retention</i>) Sangre en la Orina (<i>Hem.</i>) Otro _____</p> <p><u>Musculoesqueletico</u> Musculos Adoloridos (<i>Sore Muscle</i>) Dolores de Espalda (<i>Back Pain</i>) Artritis (<i>Arthritis</i>) Otro _____</p> <p><u>Piel</u> Erupción Cutánea (<i>Skin Rash</i>) Piel Seca (<i>Dry Skin</i>) Hematomas (<i>Bruising</i>) Lesiones (<i>Lesions</i>) Otro _____</p>	<p><u>Neurological</u> Mareos (<i>Dizziness</i>) Olvido (<i>Forgetfulness</i>) Perdida de Balance (<i>Loss of Balance</i>) Depresion (<i>Depression</i>) Otro _____</p> <p><u>Hematologico Linfatico</u> Glándulas Hinchada (<i>Swollen Glands</i>) Sangra Facilmente (<i>Bleeds Easily</i>) Coágulo de Sangre (<i>Blood Clots</i>) Otro _____</p>
---	--	--	--



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

HISTORIA CIRURGICA

Por favor, CIRCULE si ha tenido alguna de las siguientes cirugías y la fecha de la cirugía:

Amputacion (<i>Amputation</i>)	Cirugia de Corazon (<i>Heart Surgery</i>)	Nefrectomia (<i>Nephrectomy</i>)
Angioplastia (<i>Angioplasty</i>)	Trasplante de Corazón (<i>Heart Transplant</i>)	Nefrolitotomia (<i>Nephrolithotomy</i>)
Reparación de Aneurisma Aórtico (<i>Aortic Aneurysm</i>)	Hemorroidectomia (<i>Hemorrhoidectomy</i>)	Orquiectomia (<i>Orchiectomy</i>)
Appendectomia (<i>Appendectomy</i>)	Herniorrafia (<i>Herniorrhaphy</i>)	Cirugia Artroscopia (<i>Arthroscopic Surgery</i>)
Cirugia de Cadera (<i>Hip Surgery</i>)	Paratiroidectomia (<i>Parathyroidectomy</i>)	Septoplastia (<i>Septoplasty</i>)
Cirugia de Espalda (<i>Back Surgery</i>)	HIDROCELECTOMIA (<i>HYDROELECTOMY</i>)	Implante Peniano (<i>Penile implant</i>)
Cirugia de Bariátrica (<i>Bariatric Surgery</i>)	Histerectomia - Completa (<i>Hysterectomy</i>)	CLAVIJA
Cirugia de Vejiga (<i>Bladder Surgery</i>)	Conducto Llio (<i>Ilioconduit</i>)	Tubos de PE (<i>PE Tubes</i>)
Resección Intestinal (<i>Bowel Resection</i>)	Herniorrafia Inguinal (<i>Inguinal Hernio.</i>)	Injerto de Piel
BRAQUITERAPIA - PRÓSTATA (<i>BRACHYTHERAPY – PROSTATE</i>)	Cirugia de Rodilla (D o I o Ambas) (<i>Knee Surgery</i>)	Esplenectomia (<i>Splenectomy</i>)
IMPLANTE DE SEMILLAS RADIOACTIVO (<i>RADIOACTIVE SEED IMPLANT</i>)	LASER DE PROSTATA (<i>LASER OF PROSTATE</i>)	Cirugia de Amígdalas (<i>Tonsil Surgery</i>)
Cirugia Cerebral (<i>Brain Surgery</i>)	Laminectomia (<i>Laminectomy</i>)	Hernia Umbilical (<i>Umbilical Hernia</i>)
Cirugia de Busto (<i>Breast Surgery</i>)	Laparotomia (<i>Laparectomy</i>)	Cirugia de Columna Cervical (<i>Cervical Spine Surgery</i>)
BIOPSIA DE PROSTATA (<i>PROSTATE BX</i>)	Laparoscopia (<i>Laparascopy</i>)	CABG
Cirugia de Pierna (D o I o Ambas) (<i>Leg Sx</i>)	Cirugia Sinusal (<i>Sinus Surgery</i>)	Cirugia de Tiroides (<i>Thyroid Sx</i>)
Cirugia de Arteria Carótida (<i>Carotid Artery Surgery</i>)	Cirugia del Hígado (<i>Liver Surgery</i>)	TUMT PRÓSTATA
Cirugia del Tunel Carpiano (D o I o Ambas) (<i>Carpel Tunnel Surgery</i>)	Tumorectomia (<i>Lumpectomy</i>)	VARICOCELECTOMIA (<i>VARICOCELECTOMY</i>)
Cirugia de Catarata (D o I o Ambas) (<i>Cataract Surgery</i>)	Cirugia Pulmonar (<i>Lung Surgery</i>)	Cirugia de Pie (D o I o Ambas) (<i>Foot Sx</i>)
Disección del Nódulo Linfático (<i>Lymphatic Node Dissection</i>)	Cirugia Estomacal (<i>Stomach Surgery</i>)	Espermatoclectomia (<i>Spermatoclectomy</i>)
Colecistectomia (<i>Cholecystectomy</i>)	Adherencias de Lisis (<i>Lysis Adhesions</i>)	Cirugia de TMJ (<i>TMJ Sx</i>)
CIRCUNCISION (<i>CIRCUMCISION</i>)	Mastectomia (<i>Mastectomy</i>)	MEATOTOMIA (<i>MEATOTOMY</i>)
Resección de Colon (<i>Colon Resection</i>)	Cirugia Mastoidea (<i>Mastoid Surgery</i>)	Colonoscopia (<i>Colonoscopy</i>)
Cirugia Corneal (D o I o Ambas) (<i>Corneal Sx</i>)	Cirugia Nasal (<i>Nasal Surgery</i>)	Cirugia Facial (<i>Facial Sx</i>)
CISTO-TUR FULGURACION	VASECTOMIA (<i>VASECTOMY</i>)	Cirugia Gastrica (<i>Gastric Surgery</i>)
Parto (Vaginal o Cesarea) (<i>Delivery</i>)	Eliminación de Venas (Vein Stripping)	Incision Quiste Pilonidal
Cirugia de Orejas (D o I o Ambas) (<i>Ear Sx</i>)	Reparación de Hernia Ventral (<i>Ventral Hernia Repair</i>)	Cirugia Manguito Rotador (<i>Rotary Cuff Surgery</i>)
EGD	Inserción de Marcapasos	CISTOSCOPIA (<i>CYSTO</i>)
Epididymectomia	RADIACIÓN CÁNCER PRÓSTATA	TRANSPLANTE RENAL
ESWL / RINON PIEDRA ROTATIVA	PROSTATECTOMIA RADICAL (<i>RADICAL PROSTATECTOMY</i>)	Cirugia de Mano (D o I o Ambas) (<i>Hand Surgery</i>)
Cirugia Ocular (D o I o Ambos) (<i>Eye Sx</i>)		



315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

NOTIFICATION DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su información médica y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revísalo con cuidado.

Este aviso entra en vigencia el 14 de Abril de 2003 y permanece vigente hasta que lo reemplacemos.

1. NUESTRO COMPROMISO CON LA INFORMACIÓN MÉDICA

La privacidad de su información médica es importante para nosotros. Entendemos que su información médica es personal y estamos comprometidos a protegerla. Creamos un registro de la atención y los servicios que recibe en nuestra oficina. Necesitamos este registro para brindarle atención de calidad y para cumplir con ciertos requisitos legales. Este aviso le informará sobre las formas en que podemos usar y compartir su información médica. También describimos sus derechos y ciertos deberes que tenemos con respecto al uso y divulgación de información médica.

2. NUESTRO DEBER LEGAL

La ley nos obliga a:

1. Mantener su información de registro médico privada.
2. Darle este aviso que describe nuestros deberes legales, practicas de privacidad y sus derechos con respecto a su informacion medica.
3. Seguir los terminos del aviso que no este vigente.

Tenemos el derecho de:

1. Cambiar nuestras prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento, siempre que los cambios estén permitidos por la ley.
2. Hacer que los cambios en nuestras prácticas de privacidad y los nuevos términos de nuestro aviso sean efectivos para toda la información médica que conservamos, incluida la información creada o recibida previamente antes de los cambios.

Aviso de cambio a las prácticas de privacidad:

1. Antes de hacer un cambio importante en nuestras prácticas de privacidad, cambiaremos este aviso y haremos que el nuevo aviso esté disponible cuando se lo solicite.

3. USO Y DIVULGACION DE SU INFORMACION MEDICA

La siguiente sección describe las diferentes formas en que usamos y divulgamos información médica. No se enumerarán todos los usos o revelaciones. Sin embargo, hemos enumerado todas las diferentes formas en que se nos permite usar y divulgar información médica. No utilizaremos ni divulgaremos su información médica para ningún propósito que no se encuentre en la lista a continuación, sin su autorización específica por escrito. Cualquier autorización específica por escrito que usted proporcione puede ser revocada en cualquier momento por escrito.

PARA TRATAMIENTO: Podemos usar su información médica para brindarle tratamiento o servicios médicos. Podemos divulgar su información médica a médicos, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina u otras personas que lo estén cuidando. También podemos compartir información médica sobre usted con sus otros proveedores de atención médica para ayudarles a tratarle.

PARA EL PAGO: Podemos usar y divulgar su información médica para fines de pago y para obtener una autorización para procedimientos quirúrgicos y recetas.

PARA LA NOTIFICACIÓN: Podemos usar su información médica para notificar a un miembro de la familia, a su representante personal u otra persona responsable de su cuidado. Si está presente, obtendremos su permiso si es posible, antes de compartir cualquier información, o le daremos la oportunidad de rechazar el permiso. De acuerdo con nuestro criterio profesional, solo compartiremos la información médica que sea directamente necesaria para su atención médica, en caso de emergencia y si no puede dar o rechazar el permiso. También usaremos nuestro juicio profesional para tomar decisiones en su mejor interés para permitir que alguien recoja medicamentos, suministros médicos, radiografías o información médica para usted.

ACTIVIDADES DE SALUD PÚBLICA: Como lo exige la ley, podemos divulgar su información médica a las autoridades de salud pública o legales encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades, incluido el abuso o la



PROGRESSIVE UROLOGY

315 East Shore Road
Manhasset, NY 11030
P: 516.487.5577
F: 516.487.2947

69-02 Austin Street (3rd Floor)
Forest Hills, NY 11375
P: 718.544.4443
F: 516.487.2947

27-47 Crescent St (Suite 206)
Astoria, NY 11102
P: 718.728.3200
F: 718.728.5586

37-39 75th Street
Jackson Heights, NY 11372
P: 718.505.1177
F: 718.505.2046

2508 Ocean Avenue
Brooklyn, NY 11229
P: 718.258.1800
F: 516.487.2947

Dimitri N. Kessar, MD – Director
Diplomate, American Board of Urology

Michael Ohebshalom, MD
Diplomate, American Board of Urology

Sherman Chan, MD
Diplomate, American Board of Urology

Alfredo Maduro, PA-C
Certified Physician Assistant

Tiffany Randazzo, NP-C
Certified Nurse Practitioner

negligencia infantil. También podemos, cuando estamos autorizados por la ley para hacerlo, notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad contagiosa o que, de lo contrario, corra el riesgo de contraer o propagar una enfermedad o condición.

COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES: Podemos divulgar información médica cuando sea autorizado y necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para trabajadores u otros programas similares.

APLICACIÓN DE LA LEY: Bajo ciertas circunstancias, podemos divulgar información médica a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Estas circunstancias incluyen la notificación requerida por ciertas leyes (como la notificación de ciertos tipos de heridas), de acuerdo con ciertas citaciones u órdenes judiciales, la información limitada relacionada con la identificación y la ubicación a solicitud de un oficial de la ley, la denuncia de muertes, los delitos en nuestra Locales y delitos en emergencias.

ANUNCIOS: Podemos usar su información personal (nombre y dirección) para notificarle los servicios disponibles en nuestra oficina que puedan ser de su interés. También podemos utilizar su información para presentarle formalmente a nuevos médicos en nuestra práctica.

4. SUS DERECHOS INDIVIDUALES

Usted tiene derecho a:

1. Mire u obtenga copias de su información médica. Puede solicitar que le proporcionemos copias en un formato que no sean fotocopias. Utilizaremos el formato que usted solicite, a menos que no sea práctico que lo hagamos. Usted debe hacer su solicitud por escrito. Si solicita copias, le cobraremos \$ 1.00 por cada página y el franqueo si desea que las copias se le envíen por correo.
2. Reciba una lista de todos los momentos en que compartimos su información médica para fines distintos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.
3. Solicitar que pongamos restricciones adicionales a nuestro uso o divulgación de su información médica. No estamos obligados a aceptar estas restricciones adicionales, pero si lo hacemos, cumpliremos con nuestro acuerdo (excepto en el caso de una emergencia).
4. Solicitar que nos comuniquemos con usted sobre su información médica por diferentes medios o en diferentes ubicaciones. Su solicitud de que le comuniquemos su información médica por diferentes medios o en diferentes lugares debe hacerse por escrito.
5. Solicitar que cambiemos su información médica. Podemos rechazar su solicitud si no creamos la información que desea cambiar o por otras razones. Si rechazamos su solicitud, le proporcionaremos una explicación por escrito. Puede responder con una declaración de desacuerdo que se agregará a la información que desea cambiar. Si aceptamos su solicitud de cambiar la información, haremos todos los esfuerzos razonables para informarles a los demás, incluidas las personas que usted designe, el cambio e incluir los cambios en cualquier intercambio futuro de la información.

PREGUNTAS Y QUEJAS

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso o si cree que hemos violado sus derechos de privacidad, comuníquese con nosotros. También puede presentar una queja por escrito al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. No tomaremos represalias de ninguna manera si decide presentar una queja.

RECONOCIMIENTO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

FORMULARIO DE RECONOCIEMIENTO

He recibido el Aviso de prácticas de privacidad y se me ha brindado la oportunidad de revisarlo.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Enumere los nombres de cualquier persona (s) a quienes podamos informarle sobre su condición médica (incluido el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica).

Nombre: _____ Relacion: _____

Nombre: _____ Relacion: _____