



PROGRESSIVE UROLOGY

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): _____

OCUPACION DE SU ESPOSO(A): _____

CALLE DE EMPLEADOR DE SU ESPOSO(A): _____

TELEFONO DEL 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 Kessarís, MD, PC por cualquier servicio que me proporcione el Dr. Kessarís 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: _____

FIRMADO: _____ FECHA: _____

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

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

Favor de marcar las opciones de síntomas que tiene ahora.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal (<i>Abdominal Pain</i>) –
Locacion: _____ | <input type="checkbox"/> Urgencia de Orina (<i>Urgency</i>) –
ocasional/ siempre | <input type="checkbox"/> Movimiento
intestinal
incompleto
(<i>Incomplete Bowel
Movement</i>) |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda (<i>Back pain</i>) –
Derecho/ izquierdo/ espalda baja | <input type="checkbox"/> Gotea de Orina (<i>Dribbling</i>) –
ocasional/siempre | <input type="checkbox"/> Constipacion |
| <input type="checkbox"/> Dolor en el Flanco (<i>Flank pain</i>)
Derecho/ izquierdo | <input type="checkbox"/> Orina cuando estornuda o toce
(<i>leakage with cough or sneeze</i>) –
Sí: _ #toallas/diarias _#liqueos/diarias | <input type="checkbox"/> Diarrhea |
| <input type="checkbox"/> Dolor al Orinar (<i>Painful Urination</i>) –
Poco/ medio/ severo | <input type="checkbox"/> Dificultad para controlar orina
(<i>leakage with urgency</i>) –
Sí: _ #toallas/diarias _#liqueos/diarias | <input type="checkbox"/> Fiebre (<i>Fever</i>) |
| <input type="checkbox"/> Espera a orinar (<i>Hesitancy</i>) | <input type="checkbox"/> Sangre en la orina (<i>Blood in urine</i>) | <input type="checkbox"/> Escalofrío (<i>Chills</i>) |
| <input type="checkbox"/> Frecuencia de Orina (<i>Frequency</i>) –
Cada (<i>every</i>) ____ hora(s) | <input type="checkbox"/> Sangre en semen (<i>Blood in semen</i>) | <input type="checkbox"/> Nausea |
| <input type="checkbox"/> Debil/ Lento/ Moderato Corriente de Orina
(<i>weak/ slow/ moderate stream</i>) | <input type="checkbox"/> Mal olor en la orina (<i>Urine Odor</i>) | <input type="checkbox"/> Vomito |
| <input type="checkbox"/> Vaciado Incompleta de la Vejiga
(<i>Incomplete Bladder Emptying</i>) –
Ocasional/ siempre | <input type="checkbox"/> Dolor testicular (<i>Pain in testicles</i>) –
Izquierda/Derecha/Ambos | <input type="checkbox"/> Perdida de peso
(<i>Weight Loss</i>) |
| | | <input type="checkbox"/> Flujo del pene
(<i>Penile 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 ? _____

Ha consultado con medico especialista en enfermedades infecciosas? Sí No

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

Tiene HISTORIA de: Cáncer del Riñones (*Renal*)? Cáncer de Vejiga (*Bladder*)? Cáncer de Prostata (*Prostate*)?

Tiene un HISTORIAL FAMILIAR de: Cáncer del Riñones (*Renal*)? Cáncer de Vejiga (*Bladder*)?

Cáncer de Prostata (*Prostate*)? "Si" Cuál es su relación contigo? _____

Te hicieron una prueba PSA reciente? (*Recent PSA*) Sí No No lo sé, "Si" Cuál es el valor? ____ Fecha _____

Has tenido una biopsia de la próstata? (*Prostate Biopsy*)? Sí No, "Si" Cuál es el valor? _____ Fecha _____

Tiene dificultad para obtener erecciones? (*ED*) Sí No

"Si" Incapacidad para obtener (*obtain*) mantener (*maintain*) Problema en curso para ____ mese/años

Experimenta la eyaculación precoz? (*Premature Ejaculation*) Sí No

Tienes un historial de TESTOSTERONA BAJA? Sí No Alguna ves le han diagnosticado una ETS? Sí No

Último nivel de testosterona: _____ Fecha _____

Experimenta bajo deseo sexual (*Low Sex Drive*)? Sí No

Has tenido un aumento de peso (*Weight Gain*)? Sí No

Estás planeando tener hijos (*Planning on having children*)? Sí No

Sufres de cansancio (*Tired*)? Sí No

Condylomata Chlamydia Gonorrea

Herpes Otro: _____

Has tenido COVID? Sí No "Si," cuándo lo tuviste? _____ **Está vacunado contra el COVID?** Sí No

Le gustaría hacerse la prueba de COVID hoy? Sí No

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

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

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

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): _____	Ataque al Corazon (Heart Attack); _____	Esclerosis Multiple (Mult. Sclerosis): _____
Enuresis (Bedwetting): _____	Hipertension: _____	Cancer de Laringe (Laryngeal Ca): _____
Cáncer de Vejiga (Bladder Ca): _____	Cancer al Rinon (Renal Ca): _____	Cancer de Pancreas: _____
Sitio de Cancer (Cancer Site): _____	Calculos al Rinon (Renal Stone): _____	Cancer De Prostata: _____
Enfermedad de Crohn: _____	Leucemia (Leukemia): _____	Ataque Fulminante (Stroke): _____
Depresion: _____	Melanoma Maligno (Malignant Melanoma): _____	Enfermedad de Tiroides (Thyroid Dis.): _____
Diabetes: _____	_____	Tuberculosis: _____
Gota (Gout): _____		

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>Arhtirits</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>
--	---	---	---

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>)
Cirugía de Cadera (<i>Hip Surgery</i>)	Paratiroidectomia (<i>Parathyroidectomy</i>)	Septoplastia (<i>Septoplasty</i>)
Cirugía de Espalda (<i>Back Surgery</i>)	HIDROCELECTOMIA (<i>HYDROELECTOMY</i>)	Implante Peniano (<i>Penile implant</i>)
Cirugía de Bariátrica (<i>Bariatric Surgery</i>)	Histerectomia - Completa (<i>Hysterectomy</i>)	CLAVIJA
Cirugía 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>)	Cirugía 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 Amigdalas (<i>Tonsil Surgery</i>)
Cirugía 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>)	Cirugía de Columna Cervical (<i>Cervical Spine Surgery</i>)
BIOPSIA DE PROSTATA (<i>PROSTATE BX</i>)	Laparoscopia (<i>Laparascopy</i>)	CABG
Cirugía de Pierna (D o I o Ambas) (<i>Leg Sx</i>)	Cirugia Sinusal (<i>Sinus Surgery</i>)	Cirugía 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>)	Cirugía 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>)
Epididymectomy	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>)		

NOTIFICACION 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 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 condicion.

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 RECONOCIMIENTO

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: _____



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE TARJETA DE CRÉDITO EN FACTURACIÓN DE ARCHIVO

Yo autorizo a Progressive Urology para cobrar a mi tarjeta de crédito para cualquier responsabilidad del paciente con respecto al saldo restante que se refleja después de que mi seguro procese y envíe los reclamos. Estos saldos pueden incluir:

- Copago del paciente
- Deducible / Deducible HAS
- Cualquier saldo no pagado durante 60 días

Al firmar a continuación, usted reconoce y acepta lo siguiente:

- Recibí y leí la Tarjeta de Crédito en la Política de Archivos y acepto los términos.
- Acepto proporcionar y permito a Progressive Urology para cobrar mi deducible de HSA o la tarjeta de crédito personal proporcionada al recibir mi EOB del seguro.
- Yo entiendo que Progressive Urology no alterará mi plan de tratamiento debido a posibles cargos incurridos.

Yo autorizo a Progressive Urology a archivar mi tarjeta de crédito para cualquier saldo adeudado en la cuenta indicada a continuación.

Certifico que soy usuario autorizado de esta tarjeta de crédito y que no disputaré el pago con la compañía de mi tarjeta de crédito; siempre que la transacción corresponda a los términos indicados en este formulario.

Nombre de Paciente: _____

Record Medico#: _____

Nombre del titular de la tarjeta (como se muestra en la tarjeta): _____

VISA MASTERCARD AMERICAN EXPRESS

Número de la Tarjeta: _____

Fecha de caducidad: _____ CVC: _____ Código Postal: _____

Firma del Titular: _____ **Fecha:** _____

Su información NO será compartida con terceros.

****TENGA EN CUENTA QUE EL CARGO APARECERÁ COMO "DIMITRI N. KESSARIS, MD PC" EN SU DECLARACIÓN****

PREGUNTAS FRECUENTES SOBRE LA AUTORIZACIÓN DE FACTURACIÓN CON TARJETA DE CRÉDITO EN ARCHIVO

P: ¿Cómo funciona el proceso de facturación automática?

R: Su tarjeta de crédito será capturada hoy y almacenada de forma segura. Después de que su compañía de seguros responda y nos proporcione su saldo restante adeudado, podemos cargar la responsabilidad del paciente a su tarjeta de crédito registrada, sin exceder el saldo máximo adeudado indicado en el acuerdo. Su tarjeta de crédito registrada solo se cargará cuando tenga un saldo adeudado en su cuenta o por un servicio no cubierto.

P: ¿Cómo sabré cuánto me van a cobrar?

R: Recibirá una explicación de los beneficios de su compañía de seguros que explica exactamente, de acuerdo con la cobertura y los beneficios de su seguro médico, cuánto de su factura de atención médica es su responsabilidad y cuánto pagó el seguro junto con cualquier ajuste contractual.

P: ¿Qué pasa si necesito disputar mi factura?

R: Siempre trabajaremos con usted para resolver cualquier problema y le reembolsaremos si hemos cometido un error de facturación. Solo cobraremos la cantidad que su compañía de seguros nos indique que le cobremos de la misma manera que normalmente determinamos cuánto enviarle un estado de cuenta por correo. Si no está de acuerdo con la forma en que su compañía de seguros procesó el reclamo, deberá comunicarse directamente con su departamento de servicio al cliente.

P: ¿Recibiré un estado de cuenta o recibo por los cargos facturados automáticamente a mi tarjeta?

R: No automáticamente. La EOB de su compañía de seguros y el estado de cuenta de su tarjeta de crédito serán su recibo. Puede ponerse en contacto con nosotros en cualquier momento para que le enviemos un detalle de la cuenta por correo electrónico.

P: ¿Qué es un deducible?

R: Un deducible anual es el monto en dólares que debe pagar de su propio bolsillo durante el año del plan por gastos médicos antes de que su seguro comience a pagar. Por ejemplo, si la póliza tiene un deducible de \$1,000, debe pagar los primeros \$1,000 de gastos médicos antes de que su seguro comience a pagar. Su compañía de seguros debe recibir un reclamo para procesar a fin de aplicar los saldos a su deducible. Incluso si tiene un plan con deducible alto, lo alentamos a que presentemos el reclamo a su seguro para que reciba un ajuste contractual y los servicios puedan aplicarse a su deducible.

P: ¿Es segura mi tarjeta de crédito?

R: Sí, no almacenamos la información confidencial de su tarjeta de crédito en nuestra oficina. Mantener su tarjeta archivada, fuera del sitio, en una pasarela de pago encriptada real mejora la seguridad porque reduce la exposición en cada visita.

payment gateway actual enhances security because it reduces exposure at each visit.