

FALTA DE AUTORIZACIÓN DE LA TARIFA DE CITA / CANCELACIÓN

Nuevo Paciente / Consulta \$100.00
Cita de seguimiento / Consulta telefónica \$50.00
Cita quirúrgica o procedimental \$200.00

Paciente: _____ Cuenta #: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Teléfono: _____

tarjeta de crédito:

TARJETA MAESTRA DE VISA AMEX

Nombre del titular de la tarjeta: _____

Tarjeta #: _____

Fecha de caducidad: _____ CCV: _____

Código postal de facturación: _____

Autorizo firmando a continuación que entiendo las políticas anteriores de la oficina del Dr. Joshua González. Acepto que si no llamo a la oficina 24 horas antes de mi cita programada para cancelar y/o no presentarme a la hora de cita programada, la tarjeta de crédito proporcionada anteriormente se cobrará la tarifa antes mencionada. Esta tarjeta NO se utilizará para ningún otro propósito.

aceptar

(Firma del paciente)

Fecha _____ / _____ / _____



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha: _____ NUEVO PACIENTE CAMBIOS

Nombre del Paciente: _____

APPELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL NOMBRE PREFERIDO

Fecha de Nacimiento: _____ NSS: _____ Sexo: MASCULINO FEMENINO

Dirección: _____

DIRECCIÓN LÍNEA 1 _____ CASA: _____

DIRECCIÓN LÍNEA 2 _____ CELL: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL TRABAJO: _____

Correo Elec.: _____ OTRO: _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

En caso de emergencia, por favor de proveer la información de un pariente cercano o una persona designada que no viva con usted:

Nombre: _____ Relación: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Tel: _____

PERSONA RESPONSABLE QUE NO SEA EL PACIENTE (GUARDIAN/PADRES SOLAMENTE)

Nombre: _____ NSS: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

DIRECCIÓN LÍNEA 1 _____ CASA: _____

DIRECCIÓN LÍNEA 2 _____ CELL: _____

CIUDAD ESTADO Codigo Postal TRABAJO: _____

Correo Elec.: _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO

Compañía: _____ TEL: _____

N. de Grupo: _____ FAX: _____

N. de Miembro: _____

Fecha de Inscripción: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

Nombre: _____

Dirección: _____ TEL: _____

CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL FAX: _____

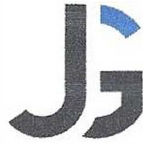
INFORMACIÓN DE REFERENCIA

Medico Remitente: _____ TEL: _____

Medico Primario: _____ TEL: _____

Al firmar abajo, Yo reconozco que la información de arriba es verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____



JOSHUA R. GONZALEZ MD

SEXUAL HEALTH + UROLOGY

RAZÓN PRINCIPAL POR SU VISITA

CUAL ES LA RAZÓN PRINCIPAL DE SU VISITA HOY?

PROBLEMAS UROLOGICOS COMUNES:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ORINAR FRECUENTEMENTE | <input type="checkbox"/> ORINAR EN LA NOCHE |
| <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA | <input type="checkbox"/> DOLOR AL ORINAR |
| <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA URINARIA | <input type="checkbox"/> DISFUNCIÓN ERÉCTIL |

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD

DÓNDE ESTÁ EL PROBLEMA?

QUÉ TAN SEVERO ES EL PROBLEMA DEL 1-10, CON 10 SIENDO LO MÁS SEVERO (POR FAVOR CIRCULE UNO)?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

CUANDO COMENZÓ EL PROBLEMA?

QUE HACE QUE EL PROBLEMA EMPEORE?

EL PROBLEMA ES CONSTANTE O VARIABLE?

TIENE ALGÚN OTRO SÍNTOMA?

HISTORIA MEDICA

TIENE LO SIGUIENTE? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

NADA

- | | | | |
|--|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASMA | <input type="checkbox"/> DIABETES | <input type="checkbox"/> ENFISEMA | <input type="checkbox"/> DERRAME |
| <input type="checkbox"/> SOPLO CARDIACO | <input type="checkbox"/> HEPATITIS | <input type="checkbox"/> HERNIA | <input type="checkbox"/> HIPERTENSION |
| <input type="checkbox"/> PARKINSON'S | <input type="checkbox"/> PARO CARDIACO | <input type="checkbox"/> TIROIDES | |
| <input type="checkbox"/> CANCER DE LA PROSTATA | <input type="checkbox"/> CANCER DE LOS RINONES | <input type="checkbox"/> CANCER TESTICULAR | |
| <input type="checkbox"/> OTRO | | | |

HISTORIAL QUIRÚRGICO

ALGUNA VEZ A TENIDO? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

NADA

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> REMOVER APENDICE | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> COLONOSCOPIA/ENDOSCOPIA | <input type="checkbox"/> CISTOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> REMOVER VESICULA | <input type="checkbox"/> CIRUGIA DEL CORAZON | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE HERNIA | <input type="checkbox"/> CÁLCULOS RENALES |
| <input type="checkbox"/> LITOTRICA | <input type="checkbox"/> BIOPSIA DE LA PROSTATA | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE LA PRÓSTATA | <input type="checkbox"/> CIRUGÍA TESTICULAR |
| <input type="checkbox"/> CIRUGÍA DE AMÍGDALAS | <input type="checkbox"/> OTRO | | |

REVISIÓN DE SISTEMAS

PACIENTES: TIENE ACTUALMENTE ALGUNO DE LOS SÍNTOMAS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE):

NADA

- | | | | |
|-----------------------------------|---|--|--|
| GENERAL/CONSTITUCIONAL: | <input type="checkbox"/> FIEBRE | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DE PESO | <input type="checkbox"/> ESCALOFRIO |
| OJOS: | <input type="checkbox"/> VISION BORROSA | <input type="checkbox"/> DOBLE VISION | <input type="checkbox"/> CATARATAS |
| OIDOS/NARIZ/BOCA/GARGANTA: | <input type="checkbox"/> PÉRDIDA DEL OÍR | <input type="checkbox"/> CONGESTION NASAL | <input type="checkbox"/> DOLOR DE GARGANTA |
| CARDIOVASCULAR: | <input type="checkbox"/> DOLOR DE PECHO | <input type="checkbox"/> TOBILLOS INFLAMADOS | <input type="checkbox"/> PALPITACION IRREGULAR |
| RESPIRATORIO: | <input type="checkbox"/> DIFICULTAD AL RESPIRAR | <input type="checkbox"/> CONGESTIÓN DEL PECHO | <input type="checkbox"/> TOZ |
| GASTROINTESTINAL: | <input type="checkbox"/> DOLOR ABDOMINAL | <input type="checkbox"/> NAUSEA/VOMITO | <input type="checkbox"/> CAMBIOS INTESTINALES |
| GENITOURINARIO: | <input type="checkbox"/> INCONTINENCIA | <input type="checkbox"/> DOLOR AL ORINAR | <input type="checkbox"/> SANGRE EN LA ORINA |
| MUSCULOESQUELETICO: | <input type="checkbox"/> DOLOR DE ESPALDA | <input type="checkbox"/> DOLOR DE CUELLO | <input type="checkbox"/> DOLOR MUSCULAR |
| INTEGUMENTARIO/PIEL: | <input type="checkbox"/> SARPULLIDO | <input type="checkbox"/> PICAZON PERSISTENTE | <input type="checkbox"/> HISTORIAL CÁNCER DE LA PIEL |
| NEUROLOGICO: | <input type="checkbox"/> ADORMECIMIENTO | <input type="checkbox"/> HORMIGUEO | <input type="checkbox"/> MAREOS |
| HEMATOLOGICO/LINFATICO: | <input type="checkbox"/> GLANDULAS INFLAMADAS | <input type="checkbox"/> SANGRAMIENTO ABNORMAL | <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN DE SANGRE |



JOSHUA R. GONZALEZ MD

SEXUAL HEALTH + UROLOGY

MEDICAMENTOS

ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE ALGUNO DE ESTOS MEDICAMENTOS? (MARQUE TODO EL QUE APLIQUE):

NADA

- ANTIBIOTICOS MEDICAMENTO PARA ALERGIAS ASPIRINA LA PRESION
 ANTICOAGULANTES CORTISONA/ESTEROIDES INSULINA ANTICONCEPTIVOS
 OTRO (APUNTAR ABAJO)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	Dosis	RAZÓN POR LA QUE FUE RECETADA

ALERGIAS

TIENE ALERGIA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODO EL QUE APLIQUE):

NADA

- PENICILINA SULFA CIPRO YODO/CONTRASTE
 OTRO (APUNTELO): _____

HISTORIA FAMILIAR

- ENFERMEDAD DEL CORAZÓN DIABETES PIEDRAS EN LOS RIÑONES CANCER DE LA PROSTATA
 OTRO (APUNTELO): _____

HISTORIA SOCIAL

- ESTADO CIVIL?: SOLTERO/A CASADO/A/ACOMPAÑADO/A SEPARADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A
HIJO(A(S)? SI NO SI LA RESPUESTA ES SI, CUANTOS?
OCUPACION: _____
FUMA? SI NO SI FUMA, CUANTAS CAJETILLAS AL
DÍA? _____
POR CUANTOS AÑOS? _____
TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS? SI NO SI TOMA, QUE TAN SEGUIDO? DIARIO SEMANAL SOCIALMENTE
USA ALGUNA SUSTANCIA ILICITA? SI NO SI USA, APUNTELO: _____

ACUERDO DE REGISTRO

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente doy mi consentimiento para la administración y realización de exámenes médicos y ciertas pruebas de diagnóstico, que a juicio de **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.** pueden considerarse necesarias y recomendables ahora o durante el transcurso de mi atención.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: ACUERDO FINANCIERO

Por la presente, doy autorización de por vida para que el pago de los beneficios del seguro se realice directamente a **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.**, por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos proporcionados por **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.**, estén o no cubiertos por el seguro. En caso de incumplimiento, aceptó pagar todos los costos de cobro y honorarios razonables de abogados. Por la presente autorizo a **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.** a divulgar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios. Además, aceptó que una fotocopia de este acuerdo será válida como la original.

INFORMACIÓN DE CONSENTIMIENTO DE LABORATORIO

Las muestras de laboratorio recolectadas en nuestra oficina pueden enviarse a un laboratorio externo para su análisis y el laboratorio las facturará por separado. Al firmar este consentimiento, autorizo a **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.** a enviar todas las muestras de laboratorio necesarias a una instalación externa y a aceptar ser financieramente responsable de cualquier cargo no cubierto por mi contrato de seguro.

He leído y entiendo las pólizas anteriormente mencionadas y reconozco que estoy de acuerdo con las pólizas según lo establecido.

Nombre:

Firma:

Fecha:



ACUERDO DE PÓLIZAS DE LA PRÁCTICA

Para garantizar que nuestros pacientes reciban la más alta calidad en atención médica , ciertas tarifas pueden ser evaluadas y cobradas al momento del servicio como se indica a continuación. El paciente será notificado sobre cualquier cobro antes de servicio. Lea y firme esta hoja para reconocer su comprensión de nuestras pólizas administrativas y pólizas financieras del paciente.

VER AL DOCTOR SIN CITA

Todos los pacientes que soliciten una cita no programada el mismo día sin informar previamente a nuestra oficina incurrirán un cobro de \$50.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN A SU ASEGURANZA

Tenga en cuenta que su proveedor de aseguranza ocasionalmente solicitara autorizaciones para medicamentos que generalmente no están cubiertos por su plan de seguro. Este proceso puede llevar mucho tiempo. Favor de esperar 5-7 días para que estas solicitudes **sean procesadas por nuestras farmacias externas.**

RECARGO DE MEDICAMENTOS

Favor de esperar 24-48 horas para que nuestra oficina procese su pedido de recargar su medicamento. Tenga en cuenta que estos pedidos se realizan al final del día, generalmente después de las 4:00pm

ARCHIVOS MÉDICOS

Cualquier solicitud de su archivo médico creada por su Doctor tendrá un costo de \$0.25 por página, sin exceder \$30.

APELACIONES DE MEDICAMENTOS/SERVICIOS

Cualquier solicitud para que su médico escriba una carta de apelación en su nombre para medicamento/servicio ya negado incurrirá un cobro de \$25.

TODOS LOS CO PAGOS DE SU SEGURO/BALANCES SE COBRARÁN AL MOMENTO DE SU CITA

He leído y entiendo todas las pólizas de la práctica y las tarifas asociadas y entiendo que todos los cobros deberán ser pagados al momento de mi cita. I agree to pay such fees as applicable.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha: _____



AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD HIPAA

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar su Información de salud protegida (ISP) y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revíselo cuidadosamente.

Usted tiene derecho a solicitar que nosotros (La Práctica) restrinjamos cómo se usa o divulga la ISP sobre usted (El Paciente) para tratamiento, pago u operaciones de atención médica. Tiene derecho a revocar este consentimiento si lo hace por escrito, firmado por usted y entregado a nuestra oficina. Sin embargo, dicha revocación no afectará ninguna divulgación que ya hayamos hecho en base a su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que:

1. La información médica protegida puede divulgarse o usarse para tratamiento, pago u operaciones de atención médica.
2. La práctica deberá poseer el Aviso de prácticas de privacidad y que el paciente puede revisar este aviso en cualquier momento.
3. La práctica se reserva el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad.
4. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la práctica no tiene que aceptar esas restricciones.
5. El paciente puede revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán.
6. La práctica puede condicionar el tratamiento del paciente de acuerdo a la iniciación de este formulario de consentimiento.

Este aviso fue publicado y entra en vigencia el **1 de septiembre de 2017** o antes.

Yo _____ reconozco el recibimiento del Aviso de prácticas de privacidad de HIPAA. Este aviso describe cómo el Dr. González puede usar y divulgar mi Información de salud protegida (ISP), ciertas restricciones sobre el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que puedo tener con respecto a mi información de salud protegida.

Firma: _____

Fecha: _____



JOSHUA R. GONZALEZ MD
SEXUAL HEALTH + UROLOGY

ACUERDO DE COMUNICACION ELECTRONICA

La información de salud protegida (ISP) es cualquier información de salud en el expediente médico que se puede usar para identificar a un individuo y que se creó, usó o divulgó en el transcurso de un servicio de atención médica, como diagnóstico o tratamiento. Para cualquier información de salud que no sean los resultados de la prueba, se debe completar una versión válida que cumpla con HIPPA. Usted (el paciente) puede autorizar la divulgación de ISP a través de ciertas formas de comunicación electrónica. Para garantizar su privacidad, no dejaremos mensajes que contengan ISP en ningún dispositivo sin su permiso.

Por la presente autorizo a **Joshua R. Gonzalez, MD, Inc.** a contactarme como se define a continuación.

	MENSAJE DETALLADO	NOMBRE/NÚMERO DEL MÉDICO SOLAMENTE	NO DEJAR MENSAJE
TELEFONO CELLULAR	_____	_____	_____
TELEFONO DE CASA	_____	_____	_____
TELÉFONO DEL TRABAJO	_____	_____	_____

Al firmar a continuación, consiento el uso de esta información para proporcionar / coordinar solo mis servicios médicos.

Nombre:

Firma:

Fecha: