

Barnes Urology
William F. Barnes, MD PC
4200 S. Douglas Ave. Suite 200 OKC, OK 73109
Phone: (405)644-5175 Fax: (405)644-5176

Nombre de Paciente: _____ Fecha _____

Primer Inicial Apellido

SS# _____ Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Sexo M ___ F ___

Dirección: _____ #de apartamento _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

#de celular _____ Casa _____ Trabajo _____

La mejor manera de contactarlo: celular _____ Casa _____ Trabajo _____

¿Podemos dejar un mensaje en su teléfono? Sí _____ No _____

¿Desea recibir correo electrónico? Sí _____ No _____

Escriba la dirección para correo electrónico _____

Empresario _____ o jubilado Estudiante incapacitado desempleado

Persona Responsable: _____

Compañía de Seguro _____ #de Policía _____

Nombre de persona de póliza _____ Fecha de nacimiento _____

#de SS _____

Nombre de Empresario/dirección/# de tele _____

2nda Compañía de seguro _____ #de Policía _____

Nombre de persona de póliza _____ Fecha de nacimiento _____

#de SS _____

Barnes Urology
William F. Barnes, MD PC
4200 S. Douglas Ave. Suite 200 OKC, OK 73109
Phone: (405)644-5175 Fax: (405)644-5176

POR FAVOR, PROVEA LA INFORMACIÓN QUE SE PIDE

¿A quién podemos dar las gracias por mandarlo a nuestra oficina? _____

Nombre y # de teléfono de su médico principal _____

Nombre y número de sus otros médicos _____

Nombre, número y lugar de su farmacia _____

Firma _____ Fecha _____

ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA Y ANTICUADA POR PACIENTE O GUARDIÁN DE UN MENOR

CUESTIONARIO DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

NOMBRE _____ EDAD _____

Casado Soltero Divorciado Viudo Altura _____ Peso _____

Raza: Indígena Americano/Indígena de Alaska Asiático Moreno o Americano Africano

Blanco Etnicidad: Hispano/Latino Ni Hispano Ni Latino

Motivo de ver al médico hoy _____

Liste Todo Medicamento con la dosis _____

Liste cirugías/hospitalizaciones y año en que ocurrió _____

Liste sus condiciones médicas y fechas de comienzo

Historia de Enfermedades de la Familia

Uso de productos del tabaco: cigarrillos cigarros tabaco sin fumo

Tiempo de usar productos de arriba _____ Cantidad por día _____

Barnes Urology
William F. Barnes, MD PC
4200 S. Douglas Ave. Suite 200 OKC, OK 73109
Phone: (405)644-5175 Fax: (405)644-5176

Si ya no usa estos productos, ¿cuándo dejó de hacerlo? _____

¿Toma alcohol? Sí No Tipo de alcohol Vino Cerveza Licór

Cantidad y frecuencia de tomar _____

¿Toma productos con cafeína? Café Té Soda ¿Cuánto por día? _____

Escriba si hay otra información que deberíamos saber:

Firma _____ Fecha _____

ESTA FORMA DEBE SER FIRMADA Y ANTICUADA POR PACIENTE O GUARDIÁN XZ

<u>EN GENERAL/LA CONSTITUCIÓN:</u>	Fiebre	Pérdida de Peso	Escalofríos
	Gano de Peso	Cansancio	
<u>Ojos:</u>	Visión indistinta	Visión Doble	Cataratas
<u>Oídos, Nariz, Garganta:</u>	Pérdida de Audición	Congestión	Dolor de Garganta
<u>Cardiovascular:</u>	Dolor de Pecho	Tobillos Hinchados	Latido irregular
<u>Respiratorio:</u>	Falta de Aliento	Resuello	Toz Crónica
<u>Gastrointestinal:</u>	Dolor de Estómago	Diarrea	Estreñimiento
	Nausea	Vómitos	
<u>Genitourinario:</u>	Incontinencia	Dolor en orinar	Sangre en la Orina
<u>Musculoesquelético:</u>	Dolor de Espalda	Dolor del cuello	Dolor en los Músculos
<u>Tegumentario/Piel:</u>	Ronchas	Comezón Constante	Historia de cáncer de Piel
<u>Neurológica:</u>	Entumecimiento	Estremecimiento	Mareo
<u>Hematológica/Linfático:</u>	Glándulas Hinchadas	Sangra de Anormal	Historia de Transfusión

UROLOGÍA BARNES

4200 S. DOUGLAS AVE. SUITE 200 OKC, OK 73109

TEL.: (405)644-5175 FAX: (405) 644-5176

ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

La Urología Barnes y el departamento de personal están autorizados para administrar cualquier tratamiento diagnóstico o terapéutico que sea necesario o aconsejable. Yo declaro a la Urología Barnes que tengo el derecho a consentir o negar consentimiento, a cualquier procedimiento propuesto o curso terapéutico, si no hay emergencia o cualquier circunstancia extraordinaria.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Estoy de acuerdo que cualquier seguro o beneficios médicos para costos a la Urología Barnes que sean pagaderos a mí, sean pagados a la Urología Barnes. Cualquier pago que se reciba por servicios puede aplicarse a cuentas pendientes por las que sea responsable, pendiente de las reglas de coordinación de beneficios.

PRECERTIFICACIÓN

Yo comprendo que la Urología Barnes asistirá con los requisitos de precertificación de seguro que son la responsabilidad del asegurado y/o de médico, pero no será responsable para precertificación o cualquier impacto que tenga sobre el pago de seguro.

RESPONSIBILIDAD FINANCIERA

Como consideración por servicios que he recibido, el pago está garantizado por cualquier cantidad debida por los servicios previstos por la Urología Barnes.

CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que he leído cada una de estas declaraciones y he recibido una copia de Notificación de Práctica Privada y este Acuerdo y Reconocimiento. Más, por la presente certifico que soy paciente o debidamente autorizado(a) por el paciente para aceptar los términos del Acuerdo y Reconocimiento del paciente. Una fotocopia de este documento tiene el mismo efecto que el original.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Comprendo que mi historial médico e información de factura están hechos y guardados por la Urología Barnes y son accesibles para el personal de la Urología Barnes como sean necesarios para realizar sus obligaciones. El personal de Urología Barnes puede usar y divulgar información médica para intenciones operativas y para cualquier médico o proveedor de cuidado de salud involucrado en el continuo de mi salud. Hay salvaguardias para disuadir acceso incorrecto a la información protegida de mi salud. La Urología Barnes y su personal están autorizados a divulgar todo o parte de mi documento o plan de salud, compañía de compensación de trabajadores, o grupo empleador asegurado por sí mismo responsable por cualquier parte de la cuenta de la Urología Barnes y a cualquier proveedor de cuidado de salud que está o puede estar involucrado en mi salud.

RECONOCIMIENTO DE NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICA PRIVADA Y CONSENTIMIENTO

Una descripción completa de cómo su información médica será utilizada y divulgada por la Urología Barnes está en Notificavi que usted debería leer antes de firmar este Acuerdo. Una copia está disponible para usted cuando se inscribe y se encuentra en los servicios de la Urología Barnes.

Firmando este acuerdo yo reconozco que recibí la Notificación de Práctica Privada y autorizo el uso y la divulgación de mi información médica como se describe en la Notificación de Práctica Privada.

Firma de Paciente o persona responsable Relación al paciente Fecha

UROLOGÍA BARNES

4200 S. DOUGLAS AVE. SUITE 200 OKC, OK 73109

TEL.: (405)644-5175 FAX: (405) 644-5176

ACUERDOS Y RECONOCIMIENTO DE PACIENTE

La Urología Barnes puede suministrar mi información médica (citas—fecha y hora, resultados de laboratorio o escáneres, etc.) a las personas indicadas, esto incluye esposo(a), hijos, otras relaciones, o amigos.

Nombre	Relación	No. de teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Firma _____ Fecha _____

(Staff only) Basis for refusal _____