



# COAST UROLOGICAL

## MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D.

Stephen A. Hightower, M.D.

Michael Norris, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Alexa Y. Chai, M.D.

Amanda Nelson, PA-C

## **INFORMACION Y INSTRUCCIONES PARA EL NUEVO PACIENTE**

HAGA EL FAVOR DE LLENAR LA FORMA DE INFORMACIÓN SOBRE EL NUEVO PACIENTE Y EL FRENTE Y REVERSO DE LA HISTORIA MEDICA QUE VIENEN INCLUIDAS EN ESTE PAQUETE.

SI USTED ALGUNA VEZ HA CONSULTADO A OTRO URÓLOGO, POR FAVOR OBTENGA UNA COPIA DE SU ARCHIVO MEDICO (SI ES POSIBLE). EN NUESTRA EXPERIENCIA, ES MÁS CONFIABLE RECOGER LA COPIA DE SU ARCHIVO EN PERSONA EN VEZ DE QUE LO ENVÍEN POR CORREO.

### PÓLIZA DE PAGOS Y COBROS:

ANOTACIÓN: SI USTED TIENE LA RESPONSABILIDAD DE UN CO-PAGO O DEDUCTIBLE, ESTE SERÁ REQUERIDO EN EL MOMENTO QUE SE LE PRESTEN SERVICIOS MÉDICOS.

### PACIENTES CON MEDICARE:

NUESTRA OFICINA ACEPTA ASIGNACIÓN DE MEDICARE, LO CUAL QUIERE DECIR QUE LOS PAGOS DE MEDICARE SERÁN ENVIADOS DIRECTAMENTE A EL DOCTOR. LOS CARGOS A SU SEGURO MÉDICO SUPLEMENTA SERÁN HECHOS DESDE NUESTRA OFICINA, SI USTED NOS ENTREGA LA INFORMACIÓN NECESARIA SOBRE SU A SEGURANZA.

### COBROS A SU SEGURO MÉDICO:

COMO UNA CORTESÍA, NUESTRA OFICINA SOMETERÁ TODOS LOS CARGOS MÉDICOS A SU COMPAÑÍA DE SEGURO SIEMPRE Y CUANDO USTED NOS HAYA PROPORCIONADO TODA LA INFORMACIÓN NECESARIA. SI ESTA INFORMACIÓN NO ES RECIBIDA USTED SERÁ RESPONSABLE DO TODOS LOS CARGOS EN EL MOMENTO QUE USTED RECIBA SERVICIO MÉDICO.

ALGUNOS GRUPOS O SEGUROS MÉDICOS REQUIEREN QUE SU DOCTOR PRIMARIO SOMETA UNA AUTORIZACIÓN A NUESTRA OFICINA ANTES DE QUE SE LE DÉ SERVICIO MÉDICO. SI ESTE ES SU CASO, Y RECIBIMOS LA AUTORIZACIÓN ANTES DE SU VISITA USTED SOLAMENTE TENDRÁ QUE PAGAR SU CO-PAGO O DEDUCTIBLE, SI ES QUE TIENE UNO. SIN AUTORIZACIÓN O CONFIRMACIÓN DE COBERTURA POR MEDIO DE UN SEGURO MÉDICO, USTED SERÁ RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS QUE SE ACUMULEN DURANTE SU SERVICIO MÉDICO.

CO-PAGOS SIEMPRE SON REQUERIDOS AL MOMENTO DE SU VISITA. USTED TENDRÁ TREINTA DÍAS PARA PAGAR CUALQUIER OTRO CARGO QUE NO HAYA SIDO PAGADO AL MOMENTO DE SERVICIO. NOSOTROS ENTENDEMOS QUE ALGUNOS PACIENTES PUEDEN TENER PROBLEMAS FINANCIEROS OCASIONALMENTE. SI USTED TIENEN QUE HACER ARREGLOS PARA UN PLAN DE PAGO EXTENDIDO, POR FAVOR LLAME A LA OFICINA E INTENTAREMOS AYUDARLE. TAMBIÉN ACEPTAMOS TODO TIPO DE TARJETA DE CRÉDITO.

HAGA EL FAVOR DE LLENAR LAS FORMAS INCLUIDAS Y TRAERLAS EL DIA DE SU CITA.

DOCTOR: \_\_\_\_\_

FECHA DE CITA: \_\_\_\_\_ HORA DE CITA: \_\_\_\_\_

3771 Katella Avenue, Suite 210 • Los Alamitos, CA 90720 • (562) 430-0581 • Fax (562) 598-2110

• [www.coasturologygroup.com](http://www.coasturologygroup.com) •



# COAST UROLOGICAL

## MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D.

Stephen A. Hightower, M.D.

Michael Norris, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Alexa Y. Chai, M.D.

Amanda Nelson, PA-C

### Historia Medica del Paciente

BIENVENIDO A NUESTRO GRUPO MÉDICO. PARA PROVEERLE EL MEJOR CUIDADO POSIBLE, HAGA EL FAVOR DE COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN QUE SERÁ CONFIDENCIAL Y SOLAMENTE REVELADA CON SU PERMISO, POR ESCRITO.

#### **POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Cuál es el problema (Chief Complaint): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Breve historia del problema (Brief History of Problem): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ESCRIBA LAS OPERACIONES QUE HAIGA TENIDO (LIST THE OPERATIONS YOU HAVE HAD): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### **HISTORIA MÉDICA (MARQUE SI HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES):**

#### **PAST MEDICAL HISTORY (PLEASE CHECK YES OR NO):**

	Yes	No		Yes	No		Yes	No		Yes	No
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Paperas-Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Embolia (Stroke)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Pulmonares (Lung Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas del Hígado (Liver Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la Orina (Blood in Urine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ulcera (Ulcers)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas Femeninos (Female Problems)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neumonía (Pneumonia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coagulo de Sangre (Blood Clots)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Piedras en los Riñones (Kidney Stones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del Corazón (Heart Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de Sangrado (Bleeding Disorders)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alta Presión (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Infección de Riñones/Vejiga (Bladder/Kidney Infection)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

Alguna vez ha estado en un accidente serio? (Have you ever had a serious accident?) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Describe por favor:

\_\_\_\_\_

Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? (Have you ever had a blood transfusion?) No \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_

Cuando fue? (what year?) \_\_\_\_\_

(CONTINUAR AL OTRO LADO POR FAVOR)

**SÍNTOMAS (SYMPTOMS): MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN (CHECK ALL THOSE THAT ARE APPLICABLE)**

**General:** Fiebre (Fever) \_\_\_\_\_ Escalofríos (Chills) \_\_\_\_\_ Pérdida de Peso (Weight Loss) \_\_\_\_\_  
 Debilidad (Weakness) \_\_\_\_\_

**Piel (Skin):** Erupción (Rash) \_\_\_\_\_ Picazón (Itching) \_\_\_\_\_

**Hematopoyético:** Moretes (Bruising) \_\_\_\_\_ Sangrado (Bleeding) \_\_\_\_\_ Anemia \_\_\_\_\_

**HEENT:** Cambios de Visión (Vision Changes) \_\_\_\_\_ Doblé Visión (Double Vision) \_\_\_\_\_ Glaucoma \_\_\_\_\_  
 Vértigo \_\_\_\_\_ Problemas para Oír (Hearing Problems) \_\_\_\_\_

**Respiratorios:** Tos (Cough) \_\_\_\_\_ Tosiendo Sangre (Coughing Blood) \_\_\_\_\_

**(Respiratory)** Perdida de Respiración (Shortness of Breath) \_\_\_\_\_ Infecciones (Infections) \_\_\_\_\_

**Cardiovascular:** Dolor de Pecho (Chest Pain) \_\_\_\_\_ Soplo en el corazón (Murmurs) \_\_\_\_\_  
 Dolor en las Piernas al Caminar (Pain in Legs with Walking) \_\_\_\_\_ Piernas Inchadas (Swelling in the Legs) \_\_\_\_\_

**G.I.:** Estreñimiento (Constipation) \_\_\_\_\_ Diarrea (Diarrhea) \_\_\_\_\_ Sangrado (Bleeding) \_\_\_\_\_  
 Hemorroides \_\_\_\_\_ Indigestión \_\_\_\_\_ Hepatitis \_\_\_\_\_

**Musculoskeletal:** Dolor el Coyuntura (Joint Pain) \_\_\_\_\_ Debilidad (Weakness) \_\_\_\_\_ Dolor de Espalda (Back Pain) \_\_\_\_\_  
 Cólicos (Cramps) \_\_\_\_\_

**Neurológico:** Dolor de Cabeza (Headache) \_\_\_\_\_ Mareos (Dizziness) \_\_\_\_\_ Ataques Epilépticos (Seizures) \_\_\_\_\_  
 Desmayos (Blackouts) \_\_\_\_\_ Depresión \_\_\_\_\_

**QUE CANTIDAD CONSUME DE LOS SIGUIENTES:**

Alcohol (aver./day) \_\_\_\_\_ Drogas Recreacionales (Recreational Drugs) \_\_\_\_\_  
 Caféina (aver./day) \_\_\_\_\_ Cuantos Hijos Tiene (Number of Children) \_\_\_\_\_  
 Tabaco (aver./day) \_\_\_\_\_ Nivel Educacional (Educational Level) \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE FAMILIA:**

Familiar (Member)	Vive (Living)	Fallecido (Dead)	Causa de Muerte o Estado de Salud (Illness/Cause of Death or State of Health)	Cáncer de Próstata, Diabetes, O Piedras en los Riñones? (Any Cancer of Prostate, Diabetes, or Kidney Stones?)
Padre (Father)				
Madre (Mother)				
Hermano(a)				
Hermano(a)				
Hermano(a)				

Hay alguna otra información sobre su salud que el Doctor debe saber?  
 (Is there anything else regarding your health that you would like the Doctor to know?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# COAST UROLOGICAL MEDICAL GROUP, INC.

PLEASE PRINT AND COMPLETE ALL SECTIONS

**INFORMATION PERSONAL DEL PACIENTE:** MARITAL STATUS: SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO  
APELLIDO: \_\_\_\_\_ PRIMER NOMBRE: \_\_\_\_\_ INICIAL: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
PRIMO TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_ SECUNDO TELEFONO ( ) \_\_\_\_\_  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_ SEX: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
EMAIL: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR/NOMBRE DE ESCUELA: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE ESPOSO(A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_

**SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD:**

NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_  
[ ] CHECK IF HOME ADDRESS IS SAME AS PATIENT / IF NOT: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ DE CELULAR # ( ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE EL PADRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL # \_\_\_\_\_  
[ ] CHECK IF HOME ADDRESS IS SAME AS PATIENT / IF NOT: \_\_\_\_\_  
EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACION: \_\_\_\_\_ DE CELULAR # ( ) \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ASEGURANZE MEDICAL:**

SPECIALIST CO-PAY: \_\_\_\_\_ VAS CO-PAY: \_\_\_\_\_  
PRIMARIA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ ASEGURANZA IDENTIFICACION # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_  
**\*PRIMARY POLICY HOLDER:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ DE CELULAR # ( ) \_\_\_\_\_  
RELACION DE EL SUBSCRIPTOR CON EL PACIENTE: YO ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO \_\_\_\_\_  
SECUNDARIA ASEGURANZA: \_\_\_\_\_ ASEGURANZA IDENTIFICACION # \_\_\_\_\_ GRUPO # \_\_\_\_\_  
**\*PRIMARY POLICY HOLDER:** \_\_\_\_\_ **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ DE CELULAR # ( ) \_\_\_\_\_  
RELACION DE EL SUBSCRIPTOR CON EL PACIENTE: YO ESPOSO(A) HIJO(A) OTRO \_\_\_\_\_

**OTRA INFORMACION:**

RECOMENDADO POR: \_\_\_\_\_ DE TELEFONO # ( ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE DE DOCTOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ DE TELEFONO # ( ) \_\_\_\_\_  
CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACION AL PACIENTE: \_\_\_\_\_  
(Outside of Home)  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_ DE TELEFONO # ( ) \_\_\_\_\_  
PREFERRED PHARMACY: \_\_\_\_\_ DE TELEFONO # ( ) \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS Y CONTRATO FINANCIERO:**

Por este medio autorizo que los pagos de a seguridad sean enviados directamente a Coast Urological Medical Group y al doctor que asista en mi cuidado médico. Entiendo que soy responsable de todos los cargos en caso de que la a seguridad no cubra los gastos. Estoy de acuerdo con pagar todos los costos de colección y honorarios de abogados si esto fuera necesario. Por este medio autorizo a mi proveedor de salud que revele toda la información necesario para asegurar el pagoda beneficios y estoy de acuerdo que una fotocopia de este acuerdo será tan válida como la original. Ninguna garantía se me ha dado referente a la conclusión del cuidado que recibiré.

**Fecha:** \_\_\_\_\_ **Firma:** \_\_\_\_\_

Información proporcionada arriba es todavía la correcta en la fecha siguiente:

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Información proporcionada arriba es todavía la correcta en la fecha siguiente:

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_



# COAST UROLOGICAL

## MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D.

Stephen A. Hightower, M.D.

Michael Norris, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Alexa Y. Chai, M.D.

Amanda Nelson, PA-C

NOMBRE DE PACIENTE		FECHA DE NACIMIENTO	

### ALERGIAS A MEDICINAS INCLUYENDO LA REACCION A ELLAS


### MEDICINAS QUE YO TOMO (CON O SIN RECETA, VITAMINAS Y HIERBAS NATURALES)


CAMBIO

FECHA

FIRMA

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO

SI NO