

COAST UROLOGICAL MEDICAL GROUP, INC.

PLEASE PRINT AND COMPLETE ALL SECTIONS

INFORMACION 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. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

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

William T. Naftel, M.D. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

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
SI NO	FIRMA
SI NO	
SI NO	
SI NO	
SI NO	
SI NO	
SI NO	
SI NO	



COAST UROLOGICAL

MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

RENUNCIA DE BENEFICIOS Y ELEGIBILIDAD

_____, herbé certifico que soy elegible para
_____ eficaz seguro. He elegido el Dr.
_____ as mi urólogo. Entiendo se estoy encontrado para ser
legible, o si los servicios prestados se encuentran beneficios no cubiertos bajo mi plan, soy
responsable de todos los costos incurridos en la prestación de mis servicios médicos y pagara
estos cargos dentro de los treinta 30 días de facturación.

FIRMA DEL PACIENTE (Padre o Tutor)

FECHA

FIRMA DEL TESTIGO

FECHA



COAST UROLOGICAL MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

Acuerdo de responsabilidad del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Aseguradora: _____ ID de suscriptor: _____

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN DE FACTURACIÓN

Como una cortesía a nuestros pacientes, les factura a su compañía de seguros por los servicios prestados. Contratos con las compañías de seguros varían grandemente y a menudo veces los proveedores se consideran fuera de la red para muchos planes de seguro. Si no un proveedor de red para su plan de seguro, usted será responsable por el saldo de la tarifa contratada restante después de efectuar pago por su compañía de seguros. Vamos a aplicar los ajustes y pagos apropiados a su cuenta antes de que el saldo restante se factura a usted. **Deducibles, copagos y cualquiera negó los cargos son siempre responsabilidad del paciente.** Para obtener más información acerca de su responsabilidad deducible o copago, puede contactar a su compañía de seguros directamente.



COAST UROLOGICAL MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

FINANCIAL POLICY OF PRACTICE

OUR PRACTICE FINANCIAL POLICY

We are dedicated to providing you with the best possible care and service and regard your understanding of our financial policies as an element of your care and treatment. To assist you, we have the following financial policy. If you have any questions, please feel free to discuss them with our staff.

Unless other arrangements have been made in advance by either yourself or your health coverage carrier, full payment is due at the time of your service.

Co-payments are accepted in the form of cash or check only. For your convenience, we accept all major credit cards when making a payment towards a previous balance, co-insurance or deductible.

YOUR INSURANCE

We have made prior arrangements with many insurers and other health plans. We will bill those plans with whom we have an agreement and will collect any required co-payment, co-insurance and/or deductible at the time of service. The co-payment will be collected when you arrive for your appointment. **In the event your health plan determines a service to be “not covered,” you will be responsible for the complete charge.** In that event, we will bill you and payment is due upon receipt of that statement. A late fee of \$25 will be assessed if payment is not received within 14 days of the statement due date. Any balance which remains unpaid after 30 days may be referred to a collections agency.

We will also bill your health plan for all services we provide in the hospital. Any balance due is your responsibility and is due upon receipt of a statement from our office.

MISSED APPOINTMENTS

In order to provide the best possible service and availability to all our patients, we ask that you call us as early as possible if you know you will need to reschedule your appointment. Failure to do so may result in a fee for the missed appointment.

DELINQUENT ACCOUNTS

Any account balance unpaid beyond 90 days is considered past due. Once an account becomes delinquent, the account may be charged an additional 25% of the past due principle account balance. If the account continues to remain delinquent, it will be subject to outside collection agency action.

**I have read and understand the financial policy of the practice and I agree to be bound by its terms.
I also understand and agree that such terms may be amended from time-to-time by the practice.**

SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY IF MINOR

X

PRINT NAME OF THE PATIENT

X

TODAY'S DATE



COAST UROLOGICAL MEDICAL GROUP

William T. Naftel, M.D. Michael Norris, M.D. Stephen A. Hightower, M.D.

Diplomates, American Board of Urology

Edward J. Park, D.O.

FINANCIAL FEES OF PRACTICE

TO OUR PATIENTS

We are dedicated to providing you with the best possible care and service and regard your understanding of our financial policies as an element of your care and treatment.

We understand that appointments may need to be rescheduled, but a courtesy call **24 hours in advance** will allow us to accommodate another patient in that clinic time slot.

A courtesy of **72 hours in advance** applies for procedures performed both in our office and at the hospital. Much preparation and effort goes into scheduling urologic procedures affecting our physicians, the hospital, your internist and the various ancillary services.

As such, the following fees have been instituted. These fees are not billable to your insurance and payment will be required prior to the next scheduled visit. If you have any questions, we are happy to discuss them with you.

THE FOLLOWING FEES WILL BE CHARGED:

Missed Appointments \$ 40.00	Short Notice Cancellations \$ 25.00 (Less than 24 hours' notice)
Missed Procedure \$ 150.00	Short Notice Procedure Cancellation \$ 100.00 (Less than 72 hours' notice)
Missed Surgery \$ 250.00	Short Notice Surgery Cancellations \$ 150.00 (Less than 72 hours' notice)
Copying Medical Records \$ 30.00 (minimum charge)	Mailing of Prescriptions \$ 10.00 Handling Charge (No charge for office pick up)
Dictated Physician Letter \$ 50.00	Non-Sufficient Funds Check \$ 10.00
Forms-EDD, FMLA, DMV, Jury Duty \$ 25.00	Billing Records \$ 15.00
Prior Authorization for Prescriptions \$ 25.00	

I understand that all fees listed above are NOT covered by insurance and must be paid in full prior to any new or rescheduled appointment, procedure or surgery.

I have read and understand the financial fees of the practice and I agree to be bound by its terms.

SIGNATURE OF PATIENT OR RESPONSIBLE PARTY IF MINOR X	TODAY'S DATE
PRINT NAME OF THE PATIENT X	