

**Lista De Resumen Del Problema Del Paciente**

Fecha: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Telefono Movil(\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Telefono : (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
 Nombre Del Patient: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 PC Medico: \_\_\_\_\_ Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero:(\_\_\_\_) - \_\_\_\_  
 Contacto De Emergencia: \_\_\_\_\_ Relacion: \_\_\_\_\_ Numero:(\_\_\_\_) - \_\_\_\_  
 \*\*\*\*\*

**Alergias:**

**Por favor resonda las siguientes preguntas sobre su historial medico personal:**

**Cardio-Vascular:**

- Ataque Al Corazon   Alta Presion   Problemas de la valvula cardiac   Latido del Corazon irregular
- Enfermedad de la arteria coronaria   Soplo Cardiaco   La thrombosis venosa profunda   Anemia   Tendencia a Sangrar
- Insuficiencia cardiac congestiva

**Endocrino:**

- Dependiente de ka insulina   Diabetes/Dieta   HIPERTiroidismo   HIPOtiroidismo   Enfermedad de la gota

**GI:**

- Reflujo Acido   Ulceras Pepticas   Diverculitis   Estrenimiento/Diarrea

**GU:**

- Calculos Renales   Pedras de la vejiga   Infecciones frecuentes de las vias urinarias
- Agrandamiento de la prostate   Prostatitis   Sangre en la orina   Disfuncion Erectil   Sangre Elevada
- Incontinencia   Vejiga Hiperactiva

**HEENT:**

- Glaucoma   Cataratas   Fiebre de Heno   Vertigo   Infection en el oido

**Musculo-Esqueletico**

- Artritis   Dolor Lumbar   Fibromialgia   Sustitucion de la articulacion: \_\_\_\_\_

**Neurologico**

- Ataque Cerebral   Migranas   Parkinson   Dolores de cabeza cronicos   Esclerosis multiple
- Ataque de cinvulsiones   Polio   Lesion de la medulla espinal   Espina Bifida   Marcha inestable

**Pulmonar:**

- Enfisema   Asma   Bronquitis   Epoc Respiratoria   Cancer de pulmon

**Ermatologia/Onsolgi**

- Cancer de prostate   Cancer de vejiga   Cancer de Rinon   Cancer testicular   Cancer Colonrectal
- Cancer Uterino   Linfoma   Leucemia   Cancer de ovaries

OTRO: \_\_\_\_\_

**CIRUGIAS PASADAS Y CIRUGIA PRESENTE "FECHAS"**

Carcinoma de celulas basales	___/___/___	Reseccion de colon	___/___/___	Vesicula Biliar	___/___/___
Cirugia de Corazon	___/___/___	Hernia	___/___/___	Cadera/Rodilla/Espalda	___/___/___
Histerectomia	___/___/___	Calculos renales	___/___/___	Pulmon	___/___/___
Nefrectomia	___/___/___	Celulas escamosas	___/___/___	Tiroides	___/___/___

Procedimiento

Difrent: \_\_\_\_\_

**HISTORIA MEDICA FAMILIAR**

Padre o Madre familias o hermanos que tengan alguno de los siguientes?

Cancer de prostate	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Cancer de rinon	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Cancer de vejiga	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Cancer de colon	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Desorden Sangrante	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Rinones Policisticos	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Insuficiencia Renal	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Piedras de Rinon o Bisagra	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Infecciones del tracto urinario	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos
Cistitis Interstical	Si	NO	Padre,	Madre,	Hermanos

**MEDICAMENTOS (Nombres Y dosificacion)**

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_
- 6) \_\_\_\_\_
- 7) \_\_\_\_\_
- 8) \_\_\_\_\_
- 9) \_\_\_\_\_
- 10) \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

**Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su historia medica personal( marque los que apliquen):**

- Alguna vez has fumado? **Si/NO** Si es asi, cuantos paquetes por dia? \_\_\_ Por cuantos anos? \_\_\_  
Cuando dejo de fumar? \_\_\_
- Alcohol? **Si/NO** Favor de circular todo lo que se aplica: Cerveza Vino Liqor  
Cantidad por semana: \_\_\_\_\_
- Tomas anticoagulants? **Si/NO** Favor de circular el anticoagulants que usted toma: Coumadin /Plavix /Aspirin
- Toma antibioticos antes **Si/NO**
- de procedimientos dentales **Si/NO**
- o otros procedimientos? **Si/NO**
- Tienen implantes artificiales? **Si/NO**
- Si su respuesta es Si favor de circular los que aplican: Cadera / Rodilla(s)/ Valvula del corazon / Marcapasos
- Aluguna vez ha resultado Positivo en VIH o SIDA? **Si / NO**
- Alguna vez ha resultado positive para la HEPATITIS? **Si / NO** Por favor, Circule de cual tipo: A/B/C

**Usted ha experimentado ahora, o en el pasado cualquiera de los siguientes sintomas:**

**CONSTITUCIONAL**

Febras Cronicas Si / NO  
Poco apetito Si / NO  
Resfriado o sudores nocturnos Si / NO  
Facilmente abollado Si / NO

**OJOS**

Vision Borrosa Si / NO  
Vision Doble Si / NO  
Dolor en su ojo Si / NO

**ALERGICA/INMUNOLOGICA**

Animales Si / NO  
Ambiental Si / NO  
Comida Si / NO  
Estacional Si / NO

**NEUROLOGICO**

Migranas Si / NO  
Ataquez Si / NO  
Temblores SI / NO

**ENDOCRINO**

Sed Excesiva Si / NO  
Tolerancia Fria O Caliente Si / NO  
Cansado / Empedernido Si / NO  
Disminuido Libido Si / NO

**GASTROINTESTINAL**

Estrenimiento Si / NO  
Diarrea Si / NO  
Indigestion / Agruras Si / NO  
Dolor Abdominal Si / NO

**CARDIOVASCULAR**

Dolor de pecho Si / NO  
Problemas Vasculares Si / NO  
Palpitaciones Si / NO

**PIEL**

Erupciones en la piel Si / NO  
Cambiando Moles Si / NO  
Cambios de pigmento Si / NO

**MUSCULOSKELETAL**

Dolor en las articulaciones Si / NO  
dolor de cuello Si / NO  
dolor de espalda Si / NO

**ODIOS/NARIZ/GARGANTA/BOCA RESPIRATORIO**

Perdida de la audicion Si / NO  
Infecciones de seno Si / NO  
Dificultad de ingestion Si / NO

**GENITOURUNARIO**

Corriente debil Si / NO  
Despertar par orinar Si / NO  
No vaciar la vejiga Si / NO  
Regate Si / NO  
Ardor al orinar Si / NO  
Sangre en la orina Si / NO

**RESPIRATORIO**

Falta de aliento Si / NO  
Zaradeando Si / NO  
Tos cronica Si / NO

**HERMATOLOGICO/LINFATICO**

Glandulas hinchadas Si / NO  
Panes de sangre Si / NO  
Problemas de sangrado Si / NO

**PSICOANALIZAR**

Despresion Si / NO  
Ansiedad Si / NO

**Por la presente autorizo el consentimiento para el tratamiento y la liberacion de cualquier informacion necesaria adquirida durante el examen y tratamiento por mi medico para el procesamiento de mi reclamo medico.**

Firma de

Paciente / Asegurado / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

Urology Partners  
A Division of 21st Century Oncology

**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION  
(Policy 085-H09)**

I hereby authorize use or disclosure of the named individual's health information as described below.

Patient Name	Date of Birth	Physician Location Acronym																																							
Patient Address (Street, City, State, ZIP Code)		Patient Telephone Number																																							
The following individual or organization is authorized to make the disclosure: <input type="checkbox"/> 21 <sup>st</sup> Century Oncology <input type="checkbox"/> Other (must be specific) _____																																									
This information may be disclosed to and used by the following individual or organization (must include name and address): _____ _____																																									
Treatment Dates (if applicable):	Purpose of Request:																																								
The following information is to be disclosed: (check all that apply – must be specific) <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 10%;">Yes</th> <th style="text-align: left; width: 10%;">No</th> <th style="width: 80%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Consultation Reports</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Diagnostic Films</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Dosimetry Records</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Laboratory Results</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Physician Dictation</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Portal Films/Simulation Films</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Progress Notes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Radiology or imaging reports</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Surgery/Pathology</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Complete record</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Other _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>.....Other _____</td> </tr> </tbody> </table>			Yes	No		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Consultation Reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Diagnostic Films	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Dosimetry Records	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Laboratory Results	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Physician Dictation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Portal Films/Simulation Films	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Progress Notes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Radiology or imaging reports	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Surgery/Pathology	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Complete record	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Other _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Other _____
Yes	No																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Consultation Reports																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Diagnostic Films																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Dosimetry Records																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Laboratory Results																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Physician Dictation																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Portal Films/Simulation Films																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Progress Notes																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Radiology or imaging reports																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Surgery/Pathology																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Complete record																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Other _____																																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....Other _____																																							
<b>Sensitive Information:</b> I understand that the information in my record may include information relating to sexually transmitted diseases, AIDS, or HIV infection. It may also include information about behavioral or mental health services or treatment for alcohol and drug abuse.																																									
<b>Right to Revoke:</b> I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing to the Health Information Management Department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released based on this authorization.																																									
<b>Expiration:</b> Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: _____																																									
If I do not specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in one year.																																									
<b>Redisclosure:</b> I understand that any disclosure of information carries with it the potential for redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules.																																									
<b>Other Rights:</b> I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I do not need to sign this form to ensure treatment. However, if this authorization is needed for participation in a research study, my enrollment in the research study may be denied.																																									
I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524.																																									
If I have any questions about disclosure of my health information, I can contact the 21 <sup>st</sup> Century Oncology Privacy Officer at (866) 679-8944.																																									
Signature of Patient or Legal Representative	Date																																								
If Signed by Legal Representative, Relationship to Patient																																									



Bryan Allen, MD  
Sean Castellucci, DO  
Edward Herrman, MD  
G. Austin Hill, MD

Alan K. Miller, MD, FACS  
Mark Weintraub, MD  
Mitchell Yadvon, MD  
Ricardo Gonzalez, MD

Nombre del Paciente (imprimir): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento / / \_\_\_\_\_

Dirección Permanente: \_\_\_\_\_ Dirección Estacional (fecha efectiva \_\_\_\_\_)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Este aviso describe cómo se puede usar y divulgar la información médica sobre usted y cómo puede obtener acceso a esta información. Por favor revise y responda lo siguiente detenidamente. Permitteria a nuestra oficina Urology Partners una division 21<sup>st</sup> Century Oncology, de:

- Dejar un mensaje detallado en su buzón de voz? **SI/NO**
- Si NO, por favor, háganos saber cómo desea ser contactado por nuestra oficina: \_\_\_\_\_
- Comunicarse con usted por correo electrónico? **SI/NO**  
- En caso afirmativo, sírvase indicar su dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_
- Liberar información a alguna otra persona que no sea usted? **SI/NO**  
-Si la respuesta es SI, por favor liste cada persona abajo:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ Telefono: ( ) \_\_\_\_\_

**NO LIBRARÁN INFORMACIÓN A NADIE QUE NO ESTE EN LA LISTA**

Esto también es para informarle que la información de salud de protección (PHI) puede ser utilizada y divulgada la entidad cubierta, que incluye a los Drs. Oficinas, compañías de seguros. Agencias de Salud en el Hogar y entidades necesarias para llevar a cabo sus operaciones de tratamiento, pago o atención médica. Esto nos permite proporcionar / obtener información a las entidades cubiertas para continuar con el tratamiento. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones sobre los usos y revelaciones de PHI para propósitos de tratamiento, pago y operaciones de cuidado de salud. El cubierto no está obligado a cumplir con la solicitud de los individuos, pero si la entidad cubierta no acepta esta solicitud, la restricción es vinculante para la entidad cubierta. Usted tiene el derecho de revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la entidad cubierta haya tomado acción en la dependencia del consentimiento. Los términos del consentimiento están sujetos a cambios si se implementan las nuevas reglas HIPPA (Health Insurance Portability and Accountability ACT). Esto es para verificar que he leído y entiendo la información anterior firmando esta declaración y, estoy dando el consentimiento del personal de PA de Urology Partners para divulgar mi información personal como se describe arriba.

Firma del paciente / tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha : \_\_\_\_\_

**Asignacion De Beneficios / Derecho A Autorizacion De Pago, Responsabilidad Del Paciente, Y Formulario De Liberacion De Information.**

Urology Partners  
A Division Of 21<sup>st</sup> Century Oncology, LLC  
PO Box 862152 Orlando, FL 32886-2152

Yo, El asignado, asigno al proveedor /entidad a la que se hace referencia arriba ('Provider'), mis derechos y beneficios en cualquier plan de seguro de salud o culaquier otra Fuente de pago por servicios medicos proporcionados por el Proveedor, sus empleados y agentes. Entiendo que este document es una asignacion dierecta de mis derechos y beneficios bajo mi Plan.

Autorizo a la compañía de seguros a pagar al Proveedor directamente por los beneficios de gastos médicos o profesionales pagaderos a mí. Si mi póliza actual prohíbe el pago directo a mi Proveedor, le doy instrucciones a mi compañía de seguros para hacer el cheque a mí nombre y enviarlo directamente a la dirección de la caja fuerte mencionada anteriormente para los beneficios de gastos médicos o profesionales pagaderos a mí bajo mi Plan como pago hacia los cargos totales por los servicios prestados. Además, estoy de acuerdo y entiendo que los fondos que recibo por mi compañía de seguros debido a los servicios prestados por el proveedor se deben al Proveedor y estoy de acuerdo en remitir esos fondos directamente al Proveedor.

**Responsabilidad Del Paciente**

Reconozco y acepto que soy responsable de todos los cargos por los servicios que me han proporcionado que no están cubiertos por mi plan o por los cuales soy responsable del pago bajo Mi Plan. En la medida en que no exista cobertura en virtud de mi Plan, reconozco que soy responsable de todos los cargos por servicios prestados y acepto pagar todos los cargos no cubiertos por Mi Plan.

**Liberación de Información**

Autorizo al Proveedor y / o sus agentes a divulgar cualquier información médica u otra información sobre mí en su posesión a mi Plan, a la Administración del Seguro Social, a cualquier agencia administrativa estatal oa sus intermediarios o agentes fiscales requeridos o solicitados en relación con cualquier reclamo por servicios por el Proveedor.

Una fotocopia de la Cesión / Autorización será considerada como efectiva y válida como la original.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente / Persona Legalmente Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente / Persona Legalmente Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente Y Relación Con El Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha De Nacimiento Del Paciente



Bryan Allen, MD  
Sean Castellucci, DO  
Edward Herrman, MD  
G. Austin Hill, MD

Alan K. Miller, MD, FACS  
Mark Weintraub, MD  
Mitchell Yadvon, MD  
Ricardo Gonzalez, MD

## Urology Partners / 21<sup>st</sup> Century Oncology

### Política Financiera

Por nuestro acuerdo contractual con nuestras compañías de seguros, todos los deducibles de co-pago y coininsurance son debidos en el momento del servicio. Cualquier acuerdo de pago que involucre artículos deducibles grandes para pruebas o cirugías debe ser discutido con la oficina de facturación por adelantado. Cualquier pago previo debe ser pagado según lo acordado.

Los pacientes que no tienen seguro deben pagar en su totalidad en el momento del servicio de cada visita. Cobriremos \$ 200.00 en el check-in para cualquier nuevo paciente no asegurado. El promedio de la cita para un nuevo paciente es aproximadamente, pero no limitado a, \$ 250.00 para la visita, excluyendo cualquier prueba adicional. Todos los saldos se recogerán en su totalidad en la salida.

#### Procedimientos Electivos

- Pacientes que no son asegurados - Los cargos deben ser pagados en su totalidad antes de la fecha del procedimiento.
- Pacientes asegurados - Los gastos de su bolsillo (deducibles, co-seguro, etc.) deben ser pagados en su totalidad antes de la fecha del procedimiento.

21<sup>st</sup> Century Oncology no cobra por las citas perdidas, sin embargo, las citas perdidas repetidas pueden resultar en su alta de nuestra práctica.

Para cualquier consulta de facturación, comuníquese con Joyce Jenkins, Gerente de facturación (941)792-0340 ext 1324

---

Renewal Professional Center  
200 3<sup>rd</sup> Avenue West, Suite 210  
Bradenton, FL 34205  
A Division of 21st Century Oncology, LLC

Lakewood Ranch MOB II  
6310 Health Park Way, Suite 100  
Lakewood Ranch, FL 34202  
(941) 792-0340

Tanglewood Professional Center  
5809 21<sup>st</sup> Avenue West  
Bradenton, FL 34209  
[www.urology-partners.com](http://www.urology-partners.com)