



# Children's Urology of the Carolinas

## Informacion Demografica

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Genero: Hembra o Masculino (circule uno) Apodo \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ # De Social Security \_\_\_\_\_

Direccion del Paciente \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

Numero de Telefono \_\_\_\_\_

Guardián Legal: Madre Padre Abuelo(s) Cuidado de Crianza Padres Adoptivos Guardián \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre (Guardian) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# De Social Security \_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_

Direccion (si diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Posta \_\_\_\_\_

# De telefono (casa) \_\_\_\_\_ # De celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

Empleador de la Madre \_\_\_\_\_ # del Trabajo \_\_\_\_\_

Nombre del Padre (Guardian) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

# De Social Security \_\_\_\_\_ # de Licencia \_\_\_\_\_

Direccion (si diferente del paciente) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_

# De telefono (casa) \_\_\_\_\_ # De celular \_\_\_\_\_ Correo electronico \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia (en relacion al Paciente) \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de Doctor de Cabecera \_\_\_\_\_ # de telefono \_\_\_\_\_

Nombre de la Clinica \_\_\_\_\_ Direccion \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico (Primario) \_\_\_\_\_ # de poliza \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la Poliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Direccion para mandar Reclamos de Seguro \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico (Secundario) \_\_\_\_\_ # de poliza \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Postal \_\_\_\_\_ # de Telefono \_\_\_\_\_

*Acepto que esta informacion es precisa a partir de la fecha de mi firma. Soy responsable de todos los cargos, estén o no cubiertos por mi seguro, incluidos los copagos, los deducibles y los gastos no cubiertos. Soy responsable de actualizar la oficina con cualquier cambio o adición en la cobertura del seguro.*

X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_



**Historia Familiar** (agregue una X, familia incluye:  
padres biológicos, hermanos, hermanas, tías, tíos, y abuelos):

- |                                 |                                      |                                   |
|---------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| · Anemia _____                  | · Defectos de Nacimiento _____       | · Problemas del Hígado _____      |
| · Problemas con Anestesia _____ | · Problemas de la Sangre _____       | · Problemas de los Pulmones _____ |
| · Asthma _____                  | · Diabetes _____                     | · Convulsiones _____              |
| · Artritis _____                | · Syndrome de Downs _____            | · Sickle Cell _____               |
| · Orinar mientras duerme _____  | · Problemas Gastrointestinales _____ | · Gene de Sickle Cell _____       |
| · Cancer _____                  | · Problemas del Corazón _____        | · Problemas de la Piel _____      |
| · Parálisis Cerebral _____      | · Alta presión sanguínea _____       | · Espina Bífida _____             |
| · Problemas de Colesterol _____ | · VIH/SIDA _____                     | · Problemas de la Tiroides _____  |
| · Fibrosis Quística _____       | · Problemas de los Riñones _____     |                                   |

Cuantos hermanos biológicos tiene el paciente? \_\_\_\_\_ (edades: \_\_\_\_\_)  
Cuantas hermanas biológicas tiene el paciente? \_\_\_\_\_ (edades: \_\_\_\_\_)

**Historia Social** (agregue una X adonde sea adecuado):

Padres estan:        casados \_\_\_\_\_ divorciados \_\_\_\_\_ separados \_\_\_\_\_ solteros \_\_\_\_\_  
Paciente vive con: padres biológicos \_\_\_\_\_ guardianes \_\_\_\_\_ cuidado de crianza \_\_\_\_\_ padres adoptivos \_\_\_\_\_  
lugar de nacimiento de la madre \_\_\_\_\_ lugar de nacimiento del padre \_\_\_\_\_

**Revisio de Systema** (agregue una X si el paciente actualmente esta sufriendo de uno de lo siguiente):

- |                                 |                                   |                                     |                              |                             |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| <b>Constitucional</b>           | Fiebre _____                      | Fatiga _____                        | Dolor de cabeza _____        |                             |
| <b>Ojos</b>                     | Visión borrosa _____              | Visión doble _____                  | Lentes _____                 |                             |
| <b>Oídos/Nariz/Garganta</b>     | Infección en el oído _____        | Infección de garganta _____         | Infección sinusal _____      |                             |
| <b>Respiratorio</b>             | Sibilancias _____                 | Neumonía _____                      | Tos _____                    |                             |
| <b>Intestinal</b>               | Náusea _____                      | Vómito _____                        | Dolor de estómago _____      | Hinchazón de estómago _____ |
| <b>Musculoesquelético</b>       | Dolor en las articulaciones _____ | Inflamación de articulaciones _____ | Dolor muscular _____         | Dolor de espalda _____      |
| <b>Neurológico</b>              | Convulsiones _____                | Dolor de pierna _____               | Debilidad de la pierna _____ |                             |
| <b>Endocrino</b>                | Sed excesiva _____                | Pérdida de peso _____               | Aumento de peso _____        |                             |
| <b>Cardiovascular</b>           | Dolor de pecho _____              | Palpitaciones _____                 | Soplo cardíaco _____         |                             |
| <b>Hematológico / Linfático</b> | Fácil sangrado _____              | Glándulas inflamadas _____          |                              |                             |
| <b>Inmunológico</b>             | Fiebre de Heno _____              | Alergias ambientales _____          |                              |                             |

**Historia Orinaria del Paciente** (agregue una X adonde sea adecuado):

- |                                |                                    |  |                         |
|--------------------------------|------------------------------------|--|-------------------------|
| Orinarse en la cama _____      | Orinarse en el día _____           |  |                         |
| Frecuencia orinaria es:        | Normal _____                       | Mas frecuente _____                      | A demorado _____        |
| Levantarse a orinar:           | 0-1 veces de noche _____           | 2-4 veces de noche _____                 | >4 veces de noche _____ |
| Orina no contiene sangre _____ | Contiene sangre visible _____      | Doctores fueron que me lo avisaron _____ |                         |
| Extremamiento crónico _____    | Accidentes con caca/popo _____     | Diarrea crónica _____                    |                         |
| Ardor al orinar _____          | Desviación en flujo orinario _____ |  |                         |
| Infecciones Orinarias _____    | Dolor Genital _____                | Calculos/Piedras en los Riñones _____    |                         |

## Historia de Paciente Y Familia



**Children's Urology**  
*of the Carolinas*

Rason de la visita: \_\_\_\_\_

Cuando comenzo el problema: \_\_\_\_\_

Ultrasonidos/ Rayos-X: (fecha y lugar) \_\_\_\_\_

Medicamentos actuales y dosis (enumere todos los medicamentos naturales o no  
recetados) \_\_\_\_\_

Allergias (medicina, latex, tape, tintes, ect): \_\_\_\_\_

## Historia de Nacimiento

A termino \_\_ Prematuro \_\_ (# de semanas prematuro \_\_)

Cuantas libras \_\_\_\_\_ Nombre de Hospital \_\_\_\_\_ Ciudad y Estado \_\_\_\_\_

Complicaciones durante el embarazo o el parto \_\_\_\_\_

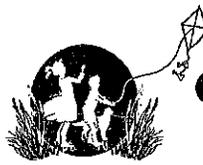
## Historia Medica del Paciente (agregue una X si el paciente ha sido diagnosticado):

- |                                 |                                   |                                  |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| · ADD _____                     | · Estreñimiento _____             | · Psoriasis _____                |
| · ADHD _____                    | · Diabetes _____                  | · Convulsiones _____             |
| · Alergias _____                | · Syndrome de Downs _____         | · Trastorno convulsivo _____     |
| · Anemia _____                  | · Discapacidad Auditiva _____     | · Sickle Cell Enfermedad _____   |
| · Problemas con Anestesia _____ | · Problemas del Corazon _____     | · Gene de Sickle Cell _____      |
| · Asma _____                    | · Soplos cardíacos _____          | · Problemas de sinusitis _____   |
| · Artritis _____                | · Alta presion sanguinea _____    | · Problemas de la Piel _____     |
| · Autismo _____                 | · VIH/SIDA _____                  | · Problemas del habla _____      |
| · Defectos de Nacimiento _____  | · Problemas Inmunes _____         | · Espina Bifida _____            |
| · Problemas de la Sangre _____  | · Problemas de aprendizaje _____  | · Úlceras estomacales _____      |
| · Problemas de huesos _____     | · Problemas del Higado _____      | · Reflujo Gastrico _____         |
| · Cáncer _____                  | · Problemas de los Pulmones _____ | · Estreptococo garganta _____    |
| · Paralisis Cerebral _____      | · Sarampión _____                 | · Problemas de la Tiroides _____ |
| · Problemas de Colesterol _____ | · Migrañas _____                  | · Traquemalacia _____            |
| · Fibrosis Quistica _____       | · Problemas musculares _____      |                                  |

El paciente tiene algun otro problemas medicos especificos? \_\_\_\_\_

Ha sido Hospitalizado/a el paciente? (fechas y razones) \_\_\_\_\_

Cirugias? (incluye tubes en los oidos) \_\_\_\_\_



## **La Políza Financiera**

Requerimos que se lea y firme la siguiente política financiera antes de cualquier tratamiento. Los copagos y deducibles vencen al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, giros postales, Visa, MasterCard y Discover únicamente.

## **Planes de seguro**

Estamos en red con la mayoría, pero no con todos los principales planes de seguros privados, así como con Medicaid de Carolina del Norte y del Sur. No estamos en red con algunas de las HMO de Medicaid de Carolina del Sur. Llame antes de su cita para confirmar que estamos en la red con su plan de seguro específico. Usted es responsable de proporcionarnos una tarjeta de seguro activa en cada visita. Archivaremos su seguro al momento del servicio. Usted es responsable de todos los gastos, copagos y deducibles no cubiertos. Si su plan requiere una referencia, usted es responsable de obtener la autorización. Si no se obtiene la autorización requerida y la condición de su hijo no es de emergencia, podemos reprogramar su cita. usted es responsable de saber qué cubre el plan de su compañía de seguros. Cobramos lo que es habitual y habitual para nuestra región. Es posible que su compañía de seguros no cubra algunos, y quizás todos, los servicios proporcionados por nosotros.

## **Cirugía Pre-Certificación**

Obtendremos una certificación previa para la cirugía de su compañía de seguros si es necesario. Le solicitamos que nos avise de cualquier cambio en el seguro y de todos los planes de seguro antes de su cirugía.

## **Deposits y pagos**

Nuestra oficina puede verificar sus beneficios y crear una estimación de los cargos anticipados antes de cualquier cita o cirugía. Se le notificará si se requiere un prepago o depósito para su cita o cirugía. Después de que su seguro procesa su reclamo, recibirá una factura si se debe realizar un pago adicional o recibirá un reembolso si se realizó un pago excesivo. Los planes de pago están disponibles; Si está interesado en configurar un plan de pago, comuníquese con el departamento de facturación.

## **Número Seguridad Social**

Debemos obtener el número de la seguridad social de al menos uno de los padres en el momento del servicio. Si elige no proporcionarnos esta información, el crédito puede ser extendida y el pago anticipado de los cargos serán recogidos en el check-in.

## **Cuota de cita perdida**

Citas perdidas un honorario de \$30 será cargado para cualquier paciente que pierda 3 citas. Esta cuota será cargada independientemente sin importar el tipo de seguro medico que lleve el paciente. La cuota se cobrara antes de hacer la proxima cita.

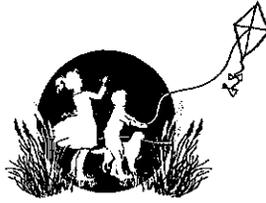
## **Divorcio**

Acuerdos de divorcios solo valen para las dos personas que hicieron el acuerdo. Nuestra política es que los padres o guardian acompañando al paciente es responsable de organizar el pago.

*He leído la política financiera y tuve la oportunidad de hacer preguntas adecuadas. Entiendo y estoy de acuerdo en aceptar estas políticas financieras.*

X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Imprimir nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_



## **Children's Urology** *of the Carolinas*

### **Consentimiento Para el Uso y la Divulgación de Información de Salud Protegida**

Al firmar este formulario, usted otorga su consentimiento a Children's Urology of the Carolinas usar y divulgar su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. Fuera Aviso de prácticas de privacidad proporciona información más detallada acerca de cómo podemos utilizar y revelar esta información de salud protegida. Usted tiene derecho a revisar alegal nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Le animamos a leer completo.

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad está sujeto a cambios en cualquier momento. Usted puede obtener una copia del aviso revisado poniéndose en contacto con nuestra oficina al 704-376-5636.

Usted tiene derecho a solicitar y restringir cómo podemos usar y revelar su información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica. No estamos obligados por ley a aceptar su petición. Sin embargo, si hacemos conceder su petición, estamos limitados por nuestro acuerdo.

Usted tiene el derecho a revocar este consentimiento por escrito, salvo en la medida en que ya hayamos utilizado o divulgado su información de salud protegida en dependencia de su consentimiento.

Children's Urology of the Carolinas requiere que un padre o tutor legal, acompañe a todos los pacientes a todas las citas, procedimientos y/o cirugías. Cualquier persona distinta de los padres, se le pedirá que proporcione una prueba de custodia legal y/o el consentimiento por escrito de los padres para llevar el paciente a la consulta médica. Si no se proporciona la documentación legal, la cita será cancelada. Consentimiento por escrito no serán permitidos para los procedimientos y/o cirugía. Los padres o el tutor legal debe estar presente en cualquier tipo de procedimientos o cirugías a realizarse.

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad y preguntar preguntas adecuadas según sea necesario. Entiendo y estoy de acuerdo con las prácticas de privacidad políticas.

X \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprimir nombre de la parte responsable \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_