

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_ (HE REVISADO TODOS LOS DATOS QUE SE INCLUYEN A CONTINUACIÓN Y SON CORRECTOS)  
INICIALES DEL PACIENTE

Consultorio: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento/habitación: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Teléfono particular: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Médico de cabecera: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono laboral: \_\_\_\_\_  
Estado civil: \_\_\_\_\_ ¿Su cónyuge trabaja o está jubilado/a? \_\_\_\_\_  
Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_  
Número de seguro social del cónyuge: \_\_\_\_\_ Número de contacto del cónyuge: \_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN ALTERNATIVA:** \_\_\_\_\_ (HE REVISADO TODOS LOS DATOS QUE SE INCLUYEN A CONTINUACIÓN Y SON CORRECTOS)  
INICIALES DEL PACIENTE

No tengo ninguna dirección alternativa

Dirección Alternativa: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento/suite: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO:** \_\_\_\_\_ (HE REVISADO TODOS LOS DATOS QUE SE INCLUYEN A CONTINUACIÓN Y SON CORRECTOS)  
INICIALES DEL PACIENTE

Seguro primario: \_\_\_\_\_ ID del plan: \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Seguro secundario: \_\_\_\_\_ ID del plan: \_\_\_\_\_  
N.º de grupo: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:** \_\_\_\_\_ (HE REVISADO TODOS LOS DATOS INDICADOS A CONTINUACIÓN Y SON CORRECTOS)  
INICIALES DEL PACIENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Relación con el contacto: \_\_\_\_\_ Tutor: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento/habitación: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

En este momento, ¿se encuentra internado en un hospital o inscripto en un Hospicio o un Centro de Enfermería Especializada? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, complete los siguientes datos:

Nombre del centro: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Recibe beneficios por parte de la Administración de Veteranos? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si su respuesta es sí, complete los siguientes datos:

Nombre de la Administración de Veteranos: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES DEFINE MEJOR SU RAZA?**

|   |  |  |                                  |
|---|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asiática                             | <input type="checkbox"/> Caucásica                                 | <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana | <input type="checkbox"/> Hispana |
| <input type="checkbox"/> Asiático-americana del subcontinente | <input type="checkbox"/> Americana de origen asiático del Pacífico | <input type="checkbox"/> Americana nativa    |                                  |
| <input type="checkbox"/> Indio americana/nativa de Alaska     | <input type="checkbox"/> Hawaiana                                  | <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico |                                  |
| <input type="checkbox"/> Más de una raza                      | <input type="checkbox"/> Otra                                      | <input type="checkbox"/> No declaro          |                                  |

**SELECCIONE UNA ETNIA QUE DESCRIBA MEJOR SU GENEALOGÍA:**

|   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispana o latina | <input type="checkbox"/> No hispana ni latina |
| <input type="checkbox"/> No declaro       | <input type="checkbox"/> No lo sé             |

**¿EN QUÉ IDIOMA PREFIERE HABLAR SOBRE SU SALUD?**

|                                   |                                     |                                    |                                  |
|-----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés   | <input type="checkbox"/> Español    | <input type="checkbox"/> Alemán    | <input type="checkbox"/> Francés |
| <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Ruso       | <input type="checkbox"/> Portugués | <input type="checkbox"/> Chino   |
| <input type="checkbox"/> Otro     | <input type="checkbox"/> No declaro | <input type="checkbox"/> No lo sé  |                                  |

**¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Derivación médica  | <input type="checkbox"/> Familiar o amigo                               | <input type="checkbox"/> Derivación del seguro |
| <input type="checkbox"/> Internet (página web, motor de búsqueda, Facebook, etc.) | <input type="checkbox"/> Medios (periódico, revista, cartel, radio, TV) |  |

**CUANDO REALIZA UNA INVESTIGACIÓN, ¿CON QUÉ FRECUENCIA UTILIZA INTERNET PARA OBTENER INFORMACIÓN?**

|                                  |   |                                  |                                |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Con frecuencia | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Nunca |
|----------------------------------|---|----------------------------------|--------------------------------|

**21<sup>st</sup> Century Oncology , LLC**  
**Alejandro J. Miranda-Sousa, MD**  
**PO Box 862152 Orlando, FL 32886-2152**

Yo, quien suscribe, cedo al prestador/entidad mencionado anteriormente ("Prestador") mis derechos y beneficios respecto de todo plan de seguro médico, de beneficios de salud u otras fuentes de pago de servicios de atención médica (cada una de ellas denominada "Plan") relacionadas con servicios médicos brindados por el Prestador, sus empleados y representantes. Comprendo que este documento constituye una cesión directa de los derechos y beneficios incluidos en mi Plan.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al Prestador los beneficios de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona. En el caso de que mi póliza actual prohíba el pago directo al Prestador, indico a la compañía de seguros que libere el cheque por los beneficios de mi Plan de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona a mi nombre, como pago a cuenta de los cargos totales por servicios prestados; y que lo envíe directamente a la dirección de apartado postal arriba mencionada. Además, acepto y comprendo que todos los fondos que recibo de parte de la compañía de seguros con respecto a los servicios prestados por el Prestador se le deben al Prestador y acepto enviárselos directamente a este.

### **Responsabilidad del paciente**

Reconozco y acuerdo que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados que mi Plan no cubra o que, según mi Plan, me corresponda pagar a mí. En la medida que no exista cobertura en mi Plan, reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados y acepto pagar los que mi Plan no cubra.

### **Divulgación de información**

Autorizo al Prestador o sus representantes a divulgar cualquier tipo de información médica o de otra índole que ellos posean sobre mí para mi Plan, la Administración de Seguridad Social, cualquier agencia administrativa estatal, sus intermediarios o agentes fiscales, exigida o solicitada, que guarde relación con cualquier reclamación sobre servicios que me haya brindado el Prestador.

Una fotocopia de esta Cesión/Autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente/persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración del nombre del paciente/persona legalmente responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación con el paciente (si firma la persona legalmente responsable)

**Autorización del paciente para divulgación de información general o solicitud de restricciones sobre información médica protegida y solicitud de comunicaciones confidenciales**

Por medio del presente solicito que el uso o la divulgación de mi información médica se realice de la siguiente manera.

|  |                                 |   |
|--|---------------------------------|---|
| <b>Nombre del Paciente:</b>  | <b>Fecha de nacimiento:</b>     | <b>Número de historia clínica:</b>  |
| <b>Domicilio (calle, ciudad, código postal):</b>   |                                 | <b>Número de teléfono:</b>  |
| <b>Solicité que mi información médica o registro de facturación se divulgue o restrinja tal como se indica a continuación:</b>   |                                 |   |
| <p>Autorizo el acceso a mi información médica a las personas que se indican a continuación. Estas personas pueden llamar y hablar con la enfermera/médico acerca de mi caso. Tengo derecho a rescindir este acuerdo en cualquier momento mediante notificación a un representante del consultorio del médico.</p>  |                                 | <p><b>*NO hablar con las siguientes personas o entidades ni brindarles información:</b></p> |
| <b>Nombre de persona autorizada</b>  | <b>Relación con el paciente</b> | <b>Nombre de la persona/entidad restringida</b>   |
| _____  | _____                           | _____   |
| _____  | _____                           | _____   |
| _____  | _____                           | _____   |
| <b>*Solicito que se utilice SOLO el siguiente domicilio o número(s) de teléfono para contactarme respecto de mi salud o información de facturación:</b>  |                                 |   |
| _____  | _____                           | _____   |
| _____  | _____                           | _____   |
| <p><b>Derechos del paciente:</b> El consultorio médico debe permitir que los pacientes soliciten restricciones sobre información médica protegida. Los pacientes pueden solicitar restricciones del uso y divulgación de información médica protegida para realizar tratamientos, pagos y operaciones del cuidado de la salud; divulgación a un miembro del grupo familiar, otro pariente, un amigo íntimo o cualquier otra persona identificada por el paciente, de información médica protegida directamente relevante para que esta persona se involucre en el cuidado del paciente; y divulgación de información médica protegida para notificar o ayudar a notificar la ubicación, la condición general o el fallecimiento del paciente a un miembro de la familia, un representante personal u otra persona responsable del cuidado del paciente. Todos los pedidos de restricción se deben presentar por escrito.</p> |                                 |   |
| <p><b>Responsabilidades del consultorio médico:</b> El consultorio médico no está obligado a conceder la mayoría de las restricciones y no puede autorizar restricciones que violen la ley. En el caso de que accedamos a las restricciones, las cumpliremos salvo que usted solicite rescindir las o que le notifiquemos que estamos rescindiendo el acuerdo. En el caso de que usted necesite tratamiento de emergencia, podríamos divulgar información restringida sin su consentimiento si fuera necesario para brindar el tratamiento.</p>  |                                 |   |
| <b>Firma del paciente o representante legal</b>  | <b>Fecha:</b>                   |   |
| _____  | _____                           |   |
| <b>Si firma el representante, relación con el paciente</b>   |                                 |   |
| _____  |                                 |   |
| <b>ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA EXCLUSIVAMENTE POR PERSONAL DEL CONSULTORIO MÉDICO</b>   |                                 |   |
| <p><b>DECISIÓN sobre la SOLICITUD DEL PACIENTE:</b> La solicitud de restricción de información médica que se incluye arriba y realizada por el paciente arriba mencionado ha sido:</p>   |                                 |   |
| <p><input type="checkbox"/> *Otorgada _____   <input type="checkbox"/> Rechazada _____</p>   |                                 |   |
| <p><b>*Si se OTORGA, se debe ingresar una Alerta en todas las historias clínicas electrónicas o sistemas de gestión (facturación) de prácticas</b></p>   |                                 |   |
| <p><b>Motivos del rechazo, si corresponde:</b> _____</p>   |                                 |   |
| _____  |                                 |   |
| <b>Representante del consultorio médico:</b>   |                                 | <b>Fecha:</b>   |
| _____  |                                 | _____   |

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD 21<sup>st</sup> Century Oncology, LLC

**ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.**

Cada vez que visita a nuestros médicos o recibe tratamiento, se procede al registro de su visita. Este registro puede contener sus síntomas, resultados de exámenes y análisis, diagnósticos, tratamiento, un plan de cuidados o tratamiento a futuro e información relacionada con la facturación. Este aviso se aplica a todos los registros de atención que genere su médico.

### **Nuestras responsabilidades**

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica protegida, darle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de dicha información y notificar a todas las personas afectadas si ocurriera una violación a este tipo de información que no tenga garantía. Obraremos de conformidad con los términos del aviso vigente en este momento.

### **Usos y divulgaciones: cómo podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida**

**Para tratamiento:** Podemos utilizar este tipo de información para brindarle tratamiento o servicios. Podemos revelar información médica protegida sobre usted a médicos, enfermeras u otro personal involucrado en su cuidado. Por ejemplo, es probable que debamos comunicarnos con su médico de cabecera para planificar su tratamiento y seguimiento.

**Para pagos:** Podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre su tratamiento y servicios para facturarlos y cobrárselos a usted, a su compañía de seguros o a otro pagador. Por ejemplo, es probable que debamos brindar información sobre su diagnóstico a la compañía de seguros para que nos pague o le reintegre a usted el pago del tratamiento.

**Para operaciones del cuidado de la salud:** De ser necesario, podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ejercer nuestra práctica. Por ejemplo, los miembros del cuerpo médico o del equipo de mejora de calidad pueden utilizar la información de su historia clínica para evaluar los cuidados y resultados de su caso y otros similares. Los resultados posteriormente se utilizarán para continuar mejorando la calidad de atención para todos nuestros pacientes.

Además, podríamos utilizar y divulgar información médica protegida para:

- socios comerciales contratados para prestar un servicio acordado
- recordarle que tiene un turno médico
- evaluar su nivel de satisfacción respecto de nuestros servicios
- informarle posibles tratamientos alternativos
- informarle beneficios o servicios relacionados con la salud
- realizar una gestión de caso o actividades de coordinación de cuidados
- contactarlo como parte de nuestro esfuerzo para recaudar fondos, si lo hubiera, aunque puede optar por no recibir este tipo de comunicaciones
- informar a los directores de funerarias de conformidad con la ley vigente
- actividades basadas en la población que tienen que ver con la mejora de la salud o la reducción de los costos de asistencia médica
- llevar a cabo programas de capacitación o evaluar la competencia de los profesionales de la salud

**Personas involucradas en su atención o en el pago de esta:** Podemos divulgar información médica protegida suya a un amigo o familiar que participe de su atención médica o que lo ayude a pagarla.

**Investigación:** Podemos divulgar información a investigadores si así lo aprueba un consejo de revisión institucional, con los amparos adecuados para garantizar la privacidad de su información médica y de cualquier otra forma permitida por ley.

**Comunicaciones futuras:** Podemos comunicarnos con usted por medio de boletines informativos, correos masivos u otros medios para brindarle información sobre tratamientos alternativos, el cuidado de la salud, programas de manejo de enfermedades o de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.

**Según lo exija la ley,** también podemos divulgar información a los siguientes tipos de entidades, entre otros:

- la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos
- autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades u otras amenazas contra la salud o la seguridad
- instituciones correccionales (si está bajo la custodia de una de ellas o de un agente del orden público)
- representantes de aseguradoras del riesgo del trabajo
- organizaciones de donación de órganos y tejido
- autoridades de comandos militares
- agencias de supervisión de la salud
- directores de funerarias, médicos forenses y médicos examinadores
- agencias de seguridad e inteligencia nacional
- servicios de protección al presidente y otros

## **AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD** **21<sup>st</sup> Century Oncology, LLC**

**Orden público/procedimientos legales:** Según lo exija la ley, podemos divulgar información médica para fines de orden público o en respuesta a un requerimiento u orden judicial válidos.

### **Otros usos de su información médica protegida que requieren de su autorización**

Solo se podrá utilizar y divulgar información suya relacionada con la publicación de notas psicoterapéuticas (si las hubiere mercadotecnia venta de su información protegida u otros casos no descritos en este aviso ni exigidos por ley, con su permiso escrito por separado. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica protegida, puede anular dicha autorización por escrito en cualquier momento. En el caso de anular la autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información por los motivos que en ella se describen. Usted comprende que es imposible para nosotros recuperar divulgaciones ya realizadas con su consentimiento y que nos exigen conservar los registros de la atención que le brindamos.

### **Sus derechos sobre la información médica**

Si bien su historia clínica es propiedad física del profesional o del centro que la compiló, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar la información médica protegida. Puede comunicarse con nosotros para solicitar acceso a su historia clínica. Puede solicitar que enviemos la información directamente a otra persona según sus instrucciones escritas y firmadas. Nosotros podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su historia clínica en determinadas circunstancias limitadas. En algunos casos, si se le niega el acceso a la información médica protegida, puede solicitar la revisión de la negación. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado y elegido por nosotros, revisará su solicitud y la negación. Esta persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que rechazó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión. Nos reservamos el derecho de cobrarle un monto razonable para cubrir el costo de brindarle una copia de su historia clínica.
- Solicitar una corrección. Si usted considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede presentar una solicitud de corrección de dicha información por escrito, explicando los motivos que la sustentan. Tiene derecho a solicitar la corrección de la información durante el tiempo que la conservemos o que se conserve para nosotros. Podemos rechazar su pedido de corrección; de ser el caso, se le notificará el motivo del rechazo.
- Solicitar un recuento de las divulgaciones. Es una lista de determinadas divulgaciones que realizamos de su información médica protegida para otros fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones para el cuidado de la salud u otros fines determinados permitidos.
- Solicitar restricciones o limitaciones sobre la información médica protegida que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pagos u operaciones para el cuidado de la salud. Además, tiene derecho a solicitar una limitación de la información médica protegida que divulgamos a una persona involucrada con su atención o con el pago de su atención, como puede ser un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información acerca de alguna cirugía que se le haya practicado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo en los casos que figuran a continuación. En el caso de aceptarla, cumpliremos con su solicitud salvo que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia. En el caso de que nos solicite que no divulguemos su información médica a su plan de salud, lo cumpliremos siempre y cuando (i) la divulgación se debiera a un pago u operaciones para el cuidado de la salud y no sea de otro modo exigida por ley y (ii) dicha información esté relacionada solo con elementos o servicios pagados en su totalidad por alguien que no sea su plan de salud.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por razones médicas de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en el trabajo o por correo postal. Solo autorizaremos solicitudes de comunicaciones confidenciales en ubicaciones alternativas o por medios alternativos si se presentan por escrito, indicando la dirección de correo donde recibirá las facturas por los servicios prestados y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de contactarlo por otros medios y en otras ubicaciones en el caso en que no responda a alguna comunicación que requiera de respuesta.
- Una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos en cualquier momento que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso en el caso de haber aceptado recibir este aviso por medio electrónico, tiene derecho a que le entreguen una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página Web [www.21stcenturyoncology.com](http://www.21stcenturyoncology.com).

### **Cambios a este aviso**

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso; la versión revisada será efectiva para la información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actualizado se publicará en el centro de atención e incluirá la nueva fecha de entrada en vigencia. Habrá copias disponibles en nuestro sitio web y le entregaremos una cuando regrese al centro luego de la fecha de entrada en vigencia.

### **Quejas**

Si usted considera que se violaron sus derechos a la privacidad, puede llamar a nuestro Oficial Responsable de asuntos de privacidad al número gratuito 1-866-679- 8944 o comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos para presentar una queja.

No se lo sancionará por presentar una queja.

Para obtener más información, comuníquese con:

Oficial Responsable de asuntos de privacidad  
2270 Colonial Boulevard  
Fort Myers, FL 33907  
1-866-679-8944

**ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**21<sup>st</sup> Century Oncology, LLC**  
**Alejandro J. Miranda-Sousa, MD**  
**PO BOX 862152 Orlando, FL 32886-2152**

**Por medio de la presente admito que:**

Se me entregó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

En el caso de haber ingresado para recibir tratamiento médico en una situación de emergencia, se me entregó el aviso apenas fue posible luego de la situación de emergencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aclaración del nombre del paciente o representante

-----  
**PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO**

En el caso de no poder conseguir el acuse de recibo, complete la siguiente información:

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

Fecha en la que se intentó conseguir el acuse: \_\_\_\_\_

Motivo por el que no se consiguió:

- El paciente/familiar recibió el aviso, pero se negó a firmar el acuse
- Situación de tratamiento de emergencia
- El paciente no estaba en condiciones de firmarlo y no había ningún familiar presente
- La comunicación fue impedida por el idioma
- Otro (describir abajo)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario de consentimiento de la Ley de protección al consumidor de servicios telefónicos (TCPA)

Yo, «PatientFullName», autorizo a 21<sup>st</sup> Century Oncology, LLC «PracticeName» y a todos los contratistas independientes, socios comerciales, representantes o afiliadas a contactarme mediante equipos de discado y voz artificial o pregrabada a cualquiera de los números telefónicos asociados a mi cuenta, entre ellos teléfonos inalámbricos, que haya brindado yo o que hayan encontrado mediante métodos de rastreo, aunque se me cobre la llamada. Doy mi consentimiento expreso a dichas llamadas automáticas y, mediante él, renuncio explícitamente a todo reclamo que pueda tener contra esta práctica, los contratistas independientes, socios comerciales, representantes y afiliadas por realizar dichas llamadas, incluyendo todo reclamo en virtud de la Ley de protección al consumidor de servicios telefónicos.

---

**Firma del paciente**

---

**Nombre del Paciente**

---

**Fecha**



## SISTEMA DE REVISIÓN POR ESPECIALISTAS EN UROLOGÍA

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

¿Tiene actualmente o ha tenido algún problema asociado con los siguientes síntomas? Marque SÍ o NO  
Sirvase a explicar cualquier respuesta afirmativa en el espacio provisto

### Síntomas Generales

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Índice de la Severidad de Urgencia (ESI)

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Alergias/Trastornos Inmunológicos

SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Trastornos Neurológicos

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Trastornos Endocrinos

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Problemas Cardiovasculares

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Doctor \_\_\_\_\_

Escalofríos  
 Fiebre  
 Dolor de Cabeza

### Problemas Abdominales

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Otros \_\_\_\_\_

### Problemas Respiratorios

SÍ  No

### Trastornos Tegumentarios

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

### Enfermedades Osteomusculares

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

### Problemas de Oído/Nariz/Garganta/Boca

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

### Trastornos Genitourinarios

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

### Trastornos Hematológicos/Linfáticos

SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No   
 SÍ  No

Dolor  
 Úlceras  
 Problemas con la Vesícula Biliar  
 Colitis  
 Sangre en las Heces  
 Diverticulitis  
 Ictericia  
 Problemas Hepáticos

Respiración Sibilante o Tos

Sarpullidos  
 Ampollas  
 Picazón Constante

Dolor en las Articulaciones  
 Dolor de Espalda  
 Artritis  
 Gota

Problemas de Sinusitis  
 Problemas Auditivos  
 Infección de Oído  
 Problemas de Garganta

Frecuencia Urinaria  
 Cirugía de Próstata  
 Infección  
 Cálculos  
 Sangre en la Orina  
 Escape de Orina  
 Retención Urinaria  
 Dolor al Orinar

Anemia  
 Leucemia  
 Hematomas Inusuales  
 Ganglios Inflamados  
 Coagulación Sanguínea



Condados Lee/Collier, Mercado de Florida

Ley sobre Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del año 2010

Divulgación de Servicios de Diagnósticos de Imágenes por Resonancia Magnética (MRI), Tomografías Computarizadas (TC) y Tomografías por Emisión de Positrones (PET) del Paciente.

Estimado Paciente,

Si su médico considera oportuno, como parte de su valoración o tratamiento médico, podrá remitirlo a los servicios de diagnósticos MRI, PET o CT; es factible que dispongamos de estos servicios en una de nuestras cedes. Le facilitaremos más información acerca de estas opciones.

Sin embargo, usted puede elegir libremente el proveedor para el servicio de diagnóstico médico. En lo que a nosotros concierne, los siguientes proveedores ofrecen estos servicios en el área:

**Nombre:** Centro Regional Radiológico (Radiology Regional Centers)

**Dirección:** 6100 Winkler Rd, Ft. Myers, FL 33919

**Nombre:** Imágenes Radiológicas Avanzadas Asociadas, LLC  
(Advanced Radiology Imaging Associates, LLC -

**Dirección:** 13731 Metropolis Ave, Ft. Myers, FL 33912

**Nombre:** Especialistas Radiológicos de Florida (Florida Radiology Consultants)

**Dirección:** 6311 Southpointe Blvd, Ft. Myers, FL 33919

**Nombre:** Imagenología NCH (NCH Imaging)

**Dirección:** 3119 St N, Ste 104, Naples, FL 34102

**Nombre:** Imagenología NCH (NCH Imaging)

**Dirección:** 1715 Medical Blvd, Naples, FL 34110

**Nombre:** Centro Regional Radiológico (Radiology Regional Centers)

**Dirección:** 700 Goodlette Rd, Naples, FL 34102

**Nombre:** Imagenología Por Tomografía (Pro Scan Imaging)

**Dirección:** 260 Tamiami Trail N, Naples, FL 34102

**Nombre:** Imagenología Por Tomografía (Pro Scan Imaging)

**Dirección:** 7947 Airport Pulling Rd, Naples, FL 34109

## Especialistas en Urología

**Nota: Este es un registro confidencial y se mantendrá en el consultorio de su médico**

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de Hoy: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de  
Nacimiento: \_\_\_\_\_

Médico Remitente: \_\_\_\_\_

**ENUMERE DESDE EL PRINCIPIO TODO SU HISTORIAL MÉDICO Y QUIRÚRGICO**

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

**MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE (dosis/cantidad- incluyendo aspirina)**

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_
- 6 \_\_\_\_\_
- 7 \_\_\_\_\_
- 8 \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

- A \_\_\_\_\_
- B \_\_\_\_\_
- C \_\_\_\_\_
- D \_\_\_\_\_
- E \_\_\_\_\_
- F \_\_\_\_\_
- G \_\_\_\_\_
- H \_\_\_\_\_
- I \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES (Enumere cualquier tipo de enfermedad que Padezcan sus Familiares Inmediatos)**

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_

- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES FAMILIARES CON CÁNCER DE PRÓSTATA**

**NO**        **SÍ/**       

¿Qué parentesco tiene ese familiar con usted?

Madre Viva        Edad que Falleció       

¿De Qué?       

Padre Vivo        Edad que Falleció       

¿De Qué?       

Antecedentes Sociales: ¿Fuma? **SÍ**        **NO**        ¿Cuántos Cigarrillos por día?       

¿Dejó de fumar? En caso afirmativo,        ¿Cuántos años de fumar?       

¿Cuándo?       

CONSUME BEBIDAS **SÍ**        **NO**        ¿EN QUÉ CANTIDAD?        DURANTE CUÁNTO TIEMPO         
ALCOHÓLICAS

Número de Teléfono Principal        Nombre de la Farmacia y Número de Teléfono       

Ocupación (¿En qué trabaja o ha trabajado?)       

¿De dónde es usted originario?       

¿Cuál es el principal Motivo de su consulta hoy?