

**URGENT**



Estimado paciente:

Aquí está incluido nuestro paquete de registración para pacientes. Con el fin de proporcionar la mejor atención médica posible, los proveedores médicos necesitan que complete los formularios adjuntos totalmente y con precisión. **A todos** los pacientes de Yakima Urology se les requiere completar estos formularios. Gracias.

**SU RESPONSABILIDAD**

**Formularios para registrarse:** Para minimizar retrasos en sus servicios médicos, por favor llene estos formularios y envíelos lo más pronto posible 7 días ANTES de su cita. Si no, visite nuestro sitio web [www.yua.com](http://www.yua.com) para llenarlos y enviarlos electrónicamente. **Si no lo hace, su cita será cancelada.**

**LISTA ACTUALIZADA DE TODOS SUS MEDICAMENTOS:** Por favor traiga todos los medicamentos que utiliza actualmente o una lista completa de estos a cada una de sus citas.

**COPAGOS Y DEDUCIBLES:** Los pagos por concepto de deducibles y copagos se deben efectuar en la fecha de servicio.

**TODA TARJETA DE SEGURO MÉDICO Y ALGÚN TIPO DE IDENTIFICACIÓN CON FOTO:** Por favor traiga consigo toda información sobre su seguro médico a su cita. Nosotros mantendremos en su expediente una copia de su tarjeta de seguro médico y de su identificación con fotografía. Si usted no trae esta información consigo o si no cuenta con seguro médico, entonces tendremos que solicitarle un depósito de \$200.00 al momento de proporcionarle el servicio, si no, tendremos que posponer su cita. Las preguntas financieras deben dirigirse al 509-249-3900 ext. 411551

Gracias por su cooperación. Si usted tiene alguna pregunta no dude en llamarnos al 509-249-3900 o al 1-800-572-8357.

Yakima Urology Associates, PLLC  
2500 Racquet Lane, Ste. 100  
Yakima, WA 98902

Ellensburg Clinic  
601 S Chestnut Unit C  
Ellensburg, WA 98926

Fecha de cita \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

Su cita es con:

- Dr. Gaskill    Dr. Thorner    Dr. Cox    Dr. Matt Uhlman    Dr. Lauer    Dr. Meier  
 Esther McCorkindale, PA-C    Steven Mack, PA-C

## Yakima Urology Associates, PLLC

Información demográfica del paciente, seguro médico y firma para los servicios

Fecha \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN DEL PACIENTE</b>		<b>Doctor:</b>	<b>No. de identificación:</b>
<b>Nombre Apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>Segundo nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Dirección:</b>		<b>No. de seguro social:</b>	
<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Estado civil:</b> <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Viuda/a <input type="checkbox"/> Casado/a
<b>Teléfono de casa:</b>		<b>Médico de cabecera:</b>	
<b>Teléfono celular:</b>		<b>Médico que lo refiere:</b>	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<b>Requiere intérprete:</b> <input type="checkbox"/> Sí / Idioma	<b>Correo electrónico:</b>	
<b>Origen étnico: (OPCIONAL)</b>		<b>Raza: (OPCIONAL)</b>	
(ej.: Hispano/Latino/Ni hispano ni Latino/Otro)		(ej.: Indoamericana/Nativa de Alaska /Negra /Hispana /Blanca /Afroamericana/Nativa de Hawái/ otra)	
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO</b>		<b>CONTACTO (En caso de emergencia)</b>	
<input type="checkbox"/> Empleado(a) <input type="checkbox"/> Retirado(a) <input type="checkbox"/> Desempleado(a) <input type="checkbox"/> Discapacitado(a)		<b>Nombre:</b>	
<b>Empleador:</b>		<b>No. de teléfono:</b>	
<b>No. de teléfono:</b>		<b>Parentesco con el paciente:</b>	
<b>SEGURO MÉDICO PRIMARIO</b>		<b>SEGURO MÉDICO SECUNDARIO</b>	
<b>Nombre del suscriptor:</b>		<b>Nombre del suscriptor:</b>	
<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor		<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Tutor	
<b>Fecha de nacimiento del suscriptor:</b>		<b>Fecha de nacimiento del suscriptor:</b>	
<b>No. de SS del suscriptor:</b>		<b>No. de SS del suscriptor:</b>	
<b>Empleador del suscriptor:</b>		<b>Empleador del suscriptor:</b>	
<b>Seguro médico:</b>		<b>Seguro médico:</b>	
<b>No. de identificación:</b>		<b>No. de identificación:</b>	
<b>No. de grupo:</b>		<b>No. de grupo:</b>	
<b>FIADOR (persona responsable en caso de tratarse de un menor de edad)</b> <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor			
<b>Nombre:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>No. de seguro social:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b> <b>Código Postal:</b>
<b>Empleador:</b>			

\*\*\* La persona aquí firmante reconoce que Yakima Urology o sus agentes pueden utilizar todos los números de teléfono o correos electrónicos disponibles para ponerse en contacto con el paciente para sus citas de seguimiento o cualquier otro asunto relacionado.

Firma del paciente o persona que completó este formulario: \_\_\_\_\_

Por favor llenar totalmente todas las páginas.

## POLÍTICA DE PAGOS

Todas las cuentas deberán ser saldadas dentro de 60 días posteriores a su consulta. Si necesita programar un plan de pagos, comuníquese con nuestro asesor financiero. Sin importar si tiene seguro médico o no, usted es responsable de todos los gastos de los servicios recibidos. Como cortesía para usted, le enviaremos primero la factura a su seguro médico primario y secundario. Sin embargo, nosotros no estamos afiliados a todas las aseguradoras. Ya que la mayoría de las aseguradoras cubren menos del 100% de los gastos generados, tal vez se le solicite que haga un pago al momento del servicio, a menos que usted haya acordado algo con un asesor financiero anteriormente. Si no tiene cobertura de seguro, usted se reunirá con un asesor financiero antes de su cita para discutir las opciones de pago. El asesor financiero puede ser contactado al 509-249-3900 ext. 220.

Aceptamos tarjetas de crédito Visa, Master Card y Discover \*Por cada cheque devuelto se cobrará un cargo de \$ 35.00

## POLÍTICA DE CANCELACIÓN O POR NO ASISTIR

Como cortesía, tratamos de comunicarnos con los pacientes para recordarles sus citas; sin embargo, es responsabilidad del paciente llegar a su cita a tiempo. Nuestro objetivo es brindar atención médica de calidad de manera oportuna. Para ello, tenemos una política de cancelación o de no asistencia. La política nos permite hacer un mejor uso de las citas disponibles para nuestros pacientes que necesitan atención médica.

**Cancelación de una cita:** Para respetar las necesidades médicas de todos nuestros pacientes, como cortesía, por favor llame al consultorio tan pronto sepa que no podrá asistir.

**Cancelaciones tardías:** Las citas que se cancelen con menos de 24 horas de anticipación se considerarán como una cita a la que usted no asistió.

**Política de no asistencia:** Se considera que usted no asistió a su cita cuando falta a su cita y no la cancela con 24 horas de anticipación. Por no asistir ni cancelar sus citas, usted pudiera dejar de ser atendido en nuestra clínica.

⇒ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## COBERTURA DE SEGURO Y ASIGNACIÓN DE PAGOS AL SEGURO

Autorizo compartir información con mi aseguradora para procesar los reclamos. Para todos los servicios que recibo, yo autorizo y solicito a mi aseguradora a cubrir los reembolsos en mi nombre a: Yakima Urology Associates, PLLC

**Referencias médicas:** Entiendo que si mi seguro requiere que yo sea referido, es mi responsabilidad obtener la referencia de parte de mi médico de cabecera. Si no hay una referencia médica vigente en mi expediente para cada cita en la que yo sea atendido, estoy de acuerdo en que los cargos incurridos sean facturados directamente a mí en lugar de a mi aseguradora.

⇒ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## AUTORIZACIÓN DE POR VIDA PARA LA COBERTURA DE MEDICARE

1. Si el paciente es competente física y mentalmente, este debe firmar por cuenta propia. Si el paciente no puede firmar, entonces lo puede hacer un representante del beneficiario designado por la Administración del Seguro Social o un tutor legalmente designado. Debe indicarse la fuente de la autoridad firmante, es decir, el representante nombrado por la Administración del Seguro Social, el tutor designado por el tribunal, etc.
2. Este formulario se utiliza en lugar de la firma del paciente en el formulario "Solicitud de pago", HCFA 1500 y por lo tanto es una extensión de ese formulario. Cualquier persona que haga uso indebido de su representación o que falsifique información fundamental al hacer las reclamaciones ante Medicare, puede ser objeto de sentencia que cause una multa y prisión según la Ley federal.

Solicito que los pagos por los beneficios autorizados por Medicare sean realizados en mi nombre a: Yakima Urology Associates, PLLC

Autorizo a las personas que posean información médica sobre mí a compartir toda la información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios que se deban cubrir por los servicios relacionados con el CENTRO DE SERVICIOS PARA MEDICARE Y MEDICAID y con sus agentes.

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

El paciente o, en su caso, los padres o tutores de un menor son responsables de todos los cargos.

# Yakima Urology Associates, PLLC

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

Nombre del paciente: _____	Fecha de nacimiento: _____
Doctor de cabecera: _____	Doctor al que es referido: _____
Estatura _____	Peso _____
¿Cuál es la razón de su consulta? _____	

¿Necesita utilizar antibióticos (Profilaxis para la endocarditis infecciosa) antes de realizarse procedimientos dentales o quirúrgicos? Marque **SÍ** o **NO**

¿Tiene APNEA DEL SUEÑO? Marque **SÍ** o **NO** \*\* ¿Utiliza actualmente una máquina C-Pap? **SÍ** o **NO**

**MEDICAMENTOS ACTUALES:** Por favor incluya la aspirina o cualquier suplemento que esté tomando.

**NINGUNO**- No tomo ningún medicamento

Nombre del medicamento:	Dosis:	¿Con qué frecuencia lo toma?

**NOMBRE Y UBICACIÓN DE SU FARMACIA:** \_\_\_\_\_

**ALERGIAS a algún medicamento (indicar el tipo de reacción)**  **NO TENGO NINGUNA ALERGIA**

Nombre del medicamento:	Tipo de reacción:

¿Tiene otras Alergias? (Estacionales, látex, betadine, etc.) \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS PREVIAS**  Ninguna cirugía previa

Fecha:	Tipo de cirugía: especifique si del lado izquierdo o derecho:	Cirujano:

**HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR**

Escriba los principales problemas de salud de sus familiares (como enfermedades cardíacas, diabetes, presión arterial alta, cáncer, etc.). Si ha fallecido, indique la edad y la causa de la muerte.

PADRE: \_\_\_\_\_ MADRE: \_\_\_\_\_

HERMANOS: \_\_\_\_\_ HERMANAS: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades graves en la familia: \_\_\_\_\_ ¿Cuál miembro de su familia? \_\_\_\_\_

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

**ANTECEDENTES MÉDICOS** Por favor Indique los padecimientos señalados a continuación que usted tiene o ha tenido:

**SISTEMA CARDIOVASCULAR:**

- Anemia /  Anemia de células falciformes
- Carditis Fecha: \_\_\_\_\_
- Enfermedad cardiovascular
- Angina de pecho (dolor de pecho)
- Trombosis de venas profundas
- Fecha: \_\_\_\_\_
- Hemofilia tipo: \_\_\_\_\_
- Arritmia (latidos cardiacos irregulares)
- Insuficiencia cardiaca congestiva
- Presión arterial alta
- Soplo cardiaco
- Ataque cardiaco Fecha: \_\_\_\_\_
- Enfermedad cardiaca (especifique) \_\_\_\_\_
- Leucemia
- Fiebre reumatoide
- Trastorno sanguíneo (especifique) \_\_\_\_\_
- Derrame Fecha: \_\_\_\_\_
- Trastornos de válvulas Tipo: \_\_\_\_\_
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**SISTEMA ENDÓCRINO O**

**PROBLEMAS METABÓLICOS:**

- Diabetes - Insulina o Medicamento oral
- Gota
- Hipertiroidismo
- Hipotiroidismo
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**GENERAL:**

- Exposición química Especifique: \_\_\_\_\_
- Hepatitis A B C Fecha: \_\_\_\_\_
- Hipercolesterolemia  Hiperlipidemia
- Enfermedad de Paget
- Enfermedad del riñón poliquístico
- Síndrome de Raynaud
- Enfermedad infecciosa \_\_\_\_\_
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**TUMORES:**

- CÁNCER Tipo: \_\_\_\_\_
- Fecha del diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Fechas de los tratamientos: \_\_\_\_\_
- Tipos de tratamientos: \_\_\_\_\_
- NINGUNO

**SISTEMA GASTROINTESTINAL:**

- Colecistitis (Vesícula)
- Colitis
- Estreñimiento
- Enfermedad de Crohn
- Pólipos en el colon: Benignos o cancerosos
- Diverticulosis
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico
- Hemorroides /  Fisuras
- Hernia hiatal
- Enfermedad del intestino irritable
- Enfermedad hepática Pancreatitis
- Colitis ulcerosa
- Úlceras (especifique) \_\_\_\_\_
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**SISTEMA GENITOURINARIO:**

- Prostatitis aguda
- SIDA Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Hipertrofia prostática benigna (HPB)
- Cálculos biliares
- Infección de la vejiga
- Prostatitis crónica
- Antígeno prostático elevado
- Cistitis intersticial
- Infección en las vías urinarias recurrentes
- Enfermedad renal (especifique) \_\_\_\_\_
- Cálculos renales
- Insuficiencia Renal
- Receptor de trasplante Fecha: \_\_\_\_\_
- Tipo de trasplante: \_\_\_\_\_
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**TEMAS GINECOLÓGICOS Y DE OBSTETRICIA (Solo para mujeres)**

- Cáncer de mama/  Enfermedad de los senos
- Endometriosis
- Problemas menstruales
- Quiste de ovarios
- Fibromas en el útero
- Osteoporosis
- Periodo postmenopáusico ¿Cuándo?: \_\_\_\_\_
- Embarazos
- No. de partos/  No. de abortos espontáneos/abortos
- Papanicolaou anómalo anteriormente
- Histerectomía Completa o Parcial

**Cabeza, oídos, ojos, nariz, garganta:**

- Cataratas
- Glaucoma Estrecho/Cerrado o Abierto
- Fiebre de heno /  Sinusitis
- Paperas
- Vértigo
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO:**

- Artritis
- Dolor de espalda
- Síndrome del túnel carpiano
- Fibromialgia
- Neuroma de Murtón
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**ASPECTOS NEUROLÓGICOS O PSICOLÓGICOS:**

- Trastorno por déficit de atención /  Trastorno por déficit de atención por hiperactividad
- Enfermedad de Alzheimer
- Trastorno de ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Alcoholismo  Epilepsia
- Convulsiones
- Migrañas
- Esclerosis múltiple
- Enfermedad de Parkinson
- Lesión de la médula espinal Fecha: \_\_\_\_\_
- Intento de suicidio
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

**SISTEMA RESPIRATORIO:**

- Asma
- Bronquitis
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- Enfisema
- Neumonía
- Embolismo pulmonar Fecha: \_\_\_\_\_
- Tuberculosis
- NINGUNO DE LOS ANTERIORES
- OTROS: \_\_\_\_\_

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

**ANTECEDENTES Y HÁBITOS SOCIALES:**

**Actividad sexual:**  Ninguna  Activo(a), una sola pareja  Activo(a), varias parejas  Anticonceptivos:

**Enfermedades de transmisión sexual - TIPO:** \_\_\_\_\_ **Esterilización Tipo:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Número de hijos:** \_\_\_\_\_ **Ocupación:** \_\_\_\_\_ **Pasatiempos:** \_\_\_\_\_

**Consumo de alcohol:**  No bebo  Ocasional/Social  Fuerte - Número de tragos al día \_\_\_\_\_

**Uso de tabaco:**  No fumo \_\_\_\_\_ número de cajetillas al día durante \_\_\_\_\_ años

Utilizo tabaco que no se fuma

Dejé de fumar: Cuándo \_\_\_\_\_ Cuánto \_\_\_\_\_ cajetillas al día durante \_\_\_\_\_ años

**Drogas recreativas:**  Ninguna. Si responde sí, por favor diga cuáles: \_\_\_\_\_

**Bebidas con cafeína al día:**  Ninguna  1 a 2  3 a 4  5 o más

**Viajes recientes al extranjero:**  Ninguno. Si responde sí, adónde \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DEL SISTEMA**

¿En este momento está usted sufriendo de algún problema con lo siguiente? Marque un círculo y escriba SI O NO a continuación.

<u>Constitución</u>		
Fiebre	SI	NO
Escalofríos	SI	NO
Insomnio	SI	NO
Otros:		

<u>Sistema gastrointestinal</u>		
Dolor abdominal	SI	NO
Náusea o vómito	SI	NO
Indigestión o reflujo	SI	NO
Sangrado rectal	SI	NO
Otros:		

<u>Sistema genitourinario:</u>		
Retención urinaria	SI	NO
Dolor al orinar u orina frecuentemente	SI	NO
Otros:		

<u>Ojos</u>		
Visión borrosa	SI	NO
Vista doble	SI	NO
Dolor	SI	NO
Otros: _____		

<u>Sistema cardiovascular:</u>		
Dolor de pecho o angina	SI	NO
Palpitaciones	SI	NO
Presión arterial alta	SI	NO
Otros:		

<u>Sistema respiratorio</u>		
Sibilido respiratorio	SI	NO
Tos frecuente	SI	NO
Falta de aire	SI	NO
Otros:		

<u>Alergias o Sistema Inmunitario</u>		
Alergias estacionales	SI	NO
Al pelaje de los animales	SI	NO
A algún alimento	SI	NO
Otros:		

<u>Sistema tegumentario</u>		
Salpido	SI	NO
Forúnculos	SI	NO
Comazón persistente	SI	NO
Cambios en la pigmentación de la piel	SI	NO

<u>Sistema hematológico o linfático</u>		
Glándulas hinchadas	SI	NO
Problemas con coágulos sanguíneos	SI	NO
Otros:		

<u>Sistema neurológico</u>		
Tremores	SI	NO
Sufre de mareos	SI	NO
Entumecimiento u hormigueo	SI	NO
Dolor de cabeza	SI	NO
Otros: _____		

<u>Sistema musculoesquelético</u>		
Dolor de cuello	SI	NO
Dolor de espalda	SI	NO
Dolor de articulaciones		

<u>Asuntos psicológicos</u>		
En general, ¿está usted satisfecho con su vida? SI NO		
¿Está usted deprimido?		
Rara vez		
Ocasionalmente		
La mayoría del tiempo		
Otro: _____		
_____		
_____		
_____		

<u>Sistema endócrino</u>		
Sed excesiva	SI	NO
Intolerancia al frío o al calor	SI	NO
Más cansado de lo normal o atargado	SI	NO
Otros: _____		

<u>Oídos, nariz, garganta y boca</u>		
Infección de oídos	SI	NO
Ardor de garganta	SI	NO
Problemas de senos	SI	NO
Otros:		

**Yakima Urology Associates, PLLC**  
 2500 Racquet Lane, Suite 100 \* Yakima, WA 98902  
 (509)249-3900 Fax (509) 573-9539

**Autorización para compartir su información médica con determinadas personas**

¿Le da usted permiso a Yakima Urology Associates, PLLC para hablar o compartir su información médica con sus familiares o a las personas encargadas de sus cuidados?

SÍ  NO es así, proporcione la información completa que se solicita a continuación.

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Autorizo a Yakima Urology Associates, PLLC a proveer copias de mi expediente médico a mí (el paciente).

Si usted tiene una contestadora, ¿podemos dejar mensajes que contengan información, por ejemplo, de sus citas programadas y sus medicamentos?

SÍ  NO

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o del tutor

\_\_\_\_\_  
 Fecha y Hora

**Escriba con letra de molde su nombre y apellido**

Esta autorización puede ser revocada por escrito en cualquier momento. Sin embargo, si usted decide revocar esta autorización, esto no afectaría ninguna acción previamente tomada por Yakima Urology Associates, PLLC con base en esta autorización. Se le solicitará una identificación para verificar el cambio.

**USUARIOS AUTORIZADOS PARA ACCEDER AL PORTAL PARA PACIENTES**

Si usted desea autorizar que alguna persona, además de usted, utilice nuestro portal para pacientes para acceder a su expediente médico, por favor proporciónale esta información a esa persona.

Nombre: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Su correo electrónico: \_\_\_\_\_

**TESTAMENTO VITAL**

He llenado un testamento vital.

SÍ  NO

Si usted quiere más información sobre los testamentos vitales, e inclusive una versión fácil de llenar, conocida como Los Cinco Deseos, comuníquese con el Departamento de Atención Espiritual y Conmemorativos al 509-575-8035.