



AFTAB HUSAIN, M.D., P.A  
 Diplomate American Board of Urology  
 663 Brace Avenue \*Perth Amboy NJ 08861  
 Tel:(732)826-0059  
 Fax:9732)826-6576  
 E-mail:[urologicsolutions@gmail.com](mailto:urologicsolutions@gmail.com)

**FORMULARIO DE INFORMACION**

FECHA \_\_\_\_\_

DOCTOR PRIMARIO: \_\_\_\_\_ CARDIOLOGO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_ FARMACIA: \_\_\_\_\_

MASCULINO/FEMENINA

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE \_\_\_\_\_

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ NUMERO SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO: \_\_\_\_\_ CELLULAR: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL CASADO \_\_\_\_\_ SOLTERO \_\_\_\_\_ DIVORCIADO \_\_\_\_\_ VIUDO \_\_\_\_\_

NOMBRE DE ESPOSO (A): \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

CASO DE MERGENCIA CONTACTAR \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

RELACION: \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

NOMBRE DE SEGURO: \_\_\_\_\_

**ASIGNACION DE BENEFICIOS**

**DIVULGACION DE INFORMACION**

YO AUTORIZO PAGO DE BENEFICIOS MEDICO  
 A MI MISMO O AL EL PROVEEDOR NOMBRADO  
 PARA SERVICIOS PROFESIONALES PRESTADOS.

YO AUTORIZO DIVULGACION DE  
 CUALQUIER INFORMACION MEDICA  
 QUE SEA NECESARIA PARA PROCESO  
 DE ESTE RECLAMO.

FIRMA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



FECHA: \_\_\_\_\_

UROLOGIC SOLUTIONS  
AFTAB HUSAIN, M.D., P.A.  
PERTH AMBOY, NJ 08861  
PH (732)826-0059  
FX (732)826-6576  
UROLOGICSOLUTIONS@GMAIL.COM

### CONSENTIMIENTO FINANCIAL

Yo, \_\_\_\_\_, entiendo que soy O sere responsable por todos los cargos asociado con mis visitas medicas de hoy, y visitas subsecuentes que sean relatadas con mi diagnostico, exámenes medicos, y tratamiento de mi condicion y todas otras condiciones incluyendo y no limitado lo siguiente:

- **NO REFERENCIA EN EL DIA DE CITA:** En dado caso que no tenga un referido valido el dia de la cita y quieres ser atendido por el medico, seras responsable por todos los cargos aplicados. Es responsabilidad Del paciente saber si su seguro requiere referido para un Especialista.
- **DEDUCIBLE:** Usted es responsable de pagar su deducible. Si alguna reclamacion fue aplicada hacia su deducible es su responsabilidad de pagar ese cargo. No Habra ninguna excepcion.
- **COPAGO:** Copago sera debido el dia de su cita, antes de ser visto por el Doctor.
- **NO INSURANCE:** Usted sera responsable a todos cargos asociado de todas sus visitas. Esto incluye Consultaciones Medicas, Visitas de Seguimiento, Visitas de Laboratorio, Visitas de Radiologia, Y Procedimientos en nuestra oficina.
- **CASOS DE COMPENSACION DE TRABAJO:** Nuestra oficina no participa con casos de compensacion de trabajo. Es su deber de notificar a nuestro empleados si su caso es relacionado con Compensacion de trabajo. Si su seguro medico no paga los gastos de su visita por ser relacionado a Compensacion de Trabajo Usted sera completamente responsable a esos cargos.
- **CAMBIO DE SEGURO MEDICO:** Usted es responsable de informar a nuestro empleados de cualquier cambio en su poliza de seguros, O si cambia de seguro. En dado caso que usted falle en comunicar este cambio usted sera responsable a todos los cargos.
- **CUENTAS DELINCIENTES:** Nuestra oficina esta en todo su derecho rechazarle una visita medica si su cuenta no esta al dia. Usted sera responsable a los cargos de coleccion asociado con su cuenta.
- **CITAS PERDIDAS:** En el caso de que usted no asistio a su cita y no le inform a nuestro empleados usted sera responsable a un cargo de \$25.00.

Firma: \_\_\_\_\_

PRESION ALTA	
DIABETIS	
COLESTEROL ALTO	
ASMA	
ANEMIA	
OSTEOPEROSIS	
PROBLEMAS CARDIACOS	
CANCER	
DEPRESION	
ANXIEDAD	
TRIGLECERIDOS ALTO	
OTRO:	

LISTA DE MEDICAMENTOS:

---

---

---

---

---

---

---

---

HISTORIAL DE CIRUGIAS/PROCEDIMENTOS:

---

---

---

---

---

---

---

---