



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

FORMULARIO DE INFORMACIÓN

FECHA _____

DOCTOR PRIMARIO: _____ CARDIOLOGIA: _____

ALERGIAS: _____ FARMACIA: _____

MASCULINO/FEMENINA

APELLIDO: _____ NOMBRE _____

INICIAL DE SEGUNDO NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD ____ NUMERO SOCIAL: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____

ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____ CELLULARE: _____

ESTADO CIVIL CASADO ____ SOLTERO ____ DIVORCIADO ____ VIUDO ____

NOMBRE DE ESPOSO (A): _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____

CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR _____ TEL _____

RELACION: _____

NOMBRE DE SEGURO: _____

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

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

FIRMA: _____

DIVULGACION DE INFORMACION

YO AUTORIZO DIVULGACIÓN DE
CUALQUIER INFORMACIÓN MÉDICA
QUE SEA NECESARIA PARA PROCESO
DE ESTE RECLAMO.

FECHA: _____



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

FECHA: _____

CONSENTIMIENTO FINANCIAL

Yo, _____, entiendo que soy O seré responsable por todos los cargos asociado con mis visitas médicas de hoy, y visitas subsecuentes que sean relatadas con mi diagnóstico, exámenes médicos, y tratamiento de mi condición 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 válido el día de la cita y quieres ser atendido por el médico, será responsable por todos los cargos aplicados. Es responsabilidad del paciente saber si su seguro requiere referido a un especialista.
- **DEDUCIBLE:** Usted es responsable de pagar su deducible. Si alguna reclamación fue aplicada hacia su deducible es su responsabilidad de pagar ese cargo. No habrá ninguna excepción.
- **COPAGO:** Copago será debido el día de su cita, antes de ser visto por el Doctor.
- **NO INSURANCE:** Usted será responsable a todos cargos asociado de todas sus visitas. Esto incluye Consultaciones Médicas, Visitas de Seguimiento, Visitas de Laboratorio, Visitas de Radiología, Y Procedimientos en nuestra oficina.
- **CASOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJO:** Nuestra oficina no participa con casos de compensación de trabajo. Es su deber notificar a nuestro empleados si su caso está relacionado con Compensación de trabajo. Si su seguro médico no paga los gastos de su visita por estar relacionado a Compensación de Trabajo Usted será completamente responsable de esos cargos.
- **CAMBIO DE SEGURO MÉDICO:** Usted es responsable de informar a nuestro empleados de cualquier cambio en su póliza de seguros, o si cambia de seguro. En dado caso que usted falle en comunicar este cambio usted será responsable de todos los cargos.
- **CUENTAS DELINCUENTES:** Nuestra oficina está en todo su derecho realizarle una visita médica si su cuenta no esta al día. Usted será responsable de los cargos de coleccion asociado con su cuenta.
- **CITAS PERDIDAS:** En el caso de que usted no asistió a su cita y no le informó a nuestro empleados usted será responsable a un cargo de \$25.00.

Firma: _____



AFTAB HUSAIN, MD
AMERICAN BOARD OF UROLOGY
WWW.UROLOGICSOLUTIONS.COM

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuál es tu altura?: _____ ¿Cuánto pesas?: _____

Historial médico: (Por favor, marque con un círculo todo lo que corresponda)

Ansiedad	Enfermedad de las arterias coronarias	Hepatitis
Arthritis	Depresión	Precision Alta
Problemas de tiroides	GERD	Insuficiencia cardíaca congestiva
Asma	Diabetes	Cholesterol alto
Fibrilación auricular	Enfermedad renal	Historia del HIV/AIDS
Trasplante de médula ósea	Linfoma	COPD
Pérdida de audición	Derrame cerebral	Reemplazo de la válvula mitral
Stents	Marcapaso	Cáncer de próstata
Anemia	Enfermedad de la vesícula biliar/cálculos	Otros tipos de cáncer:
Tratamiento con radiación; En caso afirmativo, ¿dónde:		
Otros antecedentes médicos:		

Antecedentes quirúrgicos: (Por favor, enumere todos a continuación)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Condiciones urológicas: (Por favor, marque con un círculo todas las que correspondan)

Vejiga hiperactiva	Urgencia urinaria	Infección del tracto urinario (UTI)	Cáncer de vejiga
Cáncer de próstata	Incontinencia	Disfunción eréctil	Sangre en la orina
Varicocele	Prostatitis	Cálculos en la vejiga	Obstrucción uretral
Retención urinaria	Micción dolorosa	Cálculos renales	Micción lenta
Goteo de orina	Eyacuación precoz	Cistitis intersticial	Hidronefrosis
Otro:			

Medicamentos: (Por favor escriba todos los medicamentos actuales incluyendo la dosis y la frecuencia)

_____	Dosis: _____	Frec: _____
_____	Dosis: _____	Frec: _____
_____	Dosis: _____	Frec: _____
_____	Dosis: _____	Frec: _____
_____	Dosis: _____	Frec: _____

Alergias: (Incluyendo cualquier alergia a medicamentos)

Historical Social:

Tabaco	Alcohol	Estado Civil	Hijos?
Fumador actual	Ninguno	Soltero/a	0
Nunca ha fumado	Menos de 1 bebida por día	Casado/a	1
Exfumador	1–2 bebidas por día	Divorciado/a	2
Otro:	3 o más bebidas por día	Separado/a	3
	Otro:	Viudo/a	Other:

Historial Familiar: (Por favor incluya historial familiar de cualquier condición médica)

