

Midtown Urology

Dr. James K. Bennett, M.D.

Dr. Jenelle E. Foote, M.D.

Dr. Paul Alphonse Jr., M.D.

128 North Avenue NE Suite 100

Atlanta, GA 30308

Phone: 404-881-0966

Fax: 404-874-5902

Querido Paciente:

Por favor encuentre encerrado las formas de registro para nuevos pacientes del Midtown Urology. Por favor complete todas las formas y tráigalos con usted durante el día de su cita. Este asistirá a nuestro personal en el formateo de sus archivos médicos en una manera oportuna.

Por favor traiga su información de seguros durante el día de su visita. Fotocopiaremos su tarjeta/certificado de seguros. Si tenemos un acuerdo con su compañía de seguros, seremos felices archivar el seguro. Si no somos una participación para su seguro, usted será responsable del pago para los servicios dados en su totalidad durante el día de su visita a menos que otros arreglos sean hechos antes de su cita. Además, se espera que pacientes de autopaga paguen un depósito de 50 dólares en la facturación, con el equilibrio restante debido en comprueban.

Un recordatorio, si su plan de seguros requiere una autorización/remisión de su médico de cuidado primario, esto es su responsabilidad de obtener la autorización/remisión y traerlo con usted en el día de su cita prevista. Si usted es inseguro de esta información, por favor póngase en contacto con su compañía de seguros.

Las direcciones a nuestra oficina son encerradas. Si usted necesita la información adicional, por favor siéntase libre de ponerse en contacto con nuestra oficina.

Gracias por su cooperación y BIENVENIDOS al Midtown Urology.

Sinceramente,

El Personal de Midtown Urology

Tiempo de Cita: _____

Fecha de Cita: _____

Midtown Urology

Direcciones

De Sur o Centro de la ciudad Atlanta:

Tome Norte I-85 que se combinará con Norte I-75 (75/85 Norte). Tome Salida *249B - Calle de Peachtree/Pine (Hospital de Crawford Long) y permanencia en la vereda izquierda. Dé vuelta a la izquierda en Calle Peachtree en el primer semáforo. Dé vuelta a la derecha en Avenida del Norte. El Urología de Centro de la ciudad está en la esquina izquierda de la Calle de Enebro y Avenida del Norte en el primer semáforo. El aparcamiento está en el lado del edificio. El parque en cualquier espacio que dice "Invitado que Aparca para el 128 Edificio." Entonces consiga un pase de aparcamiento para su coche en el escritorio delantero en nuestra oficina para colocar en la ventana delantera de su coche.

De Al norte de Centro de la ciudad Atlanta:

Tome el Sur I-75 (de Condado Cobb) o Sur I-85 (del Condado Gwinnett). Tome la Salida *249D - Avenida del Norte y dar vuelta a la izquierda.

El Urología de Centro de la ciudad está en la esquina izquierda de la Calle de Enebro y Avenida del Norte en el cuarto semáforo. El aparcamiento está en el lado del edificio. El parque en cualquier espacio que dice "Invitados que aparcan para el 128 Edificio." Entonces consiga un pase de aparcamiento para su coche en el escritorio delantero en nuestra oficina para colocar en la ventana delantera de su coche.

De Al este de Centro de la ciudad Atlanta:

Tome el Oeste I-20 a I-75/I-85 el Norte hacia Chattanooga-Greenville. Tome la Salida *249B - Calle de Peachtree/Pine (Hospital de Crawford Long) y permanencia en la vereda izquierda. Dé vuelta a la izquierda en la Calle Peachtree en el primer semáforo. Dé vuelta a la derecha en la Avenida del Norte.

El Urología de Centro de la ciudad está en la esquina izquierda de la Calle de Enebro y Avenida del Norte en el cuarto semáforo. El aparcamiento está en el lado del edificio. El parque en cualquier espacio que dice "Invitados que aparcan para el 128 Edificio." Entonces consiga un pase de aparcamiento para su coche en el escritorio delantero en nuestra oficina para colocar en la ventana delantera de su coche.

De Al Oeste de Centro de la ciudad Atlanta:

Tome el Este I-20 a I-75/I-85 el Norte hacia Chattanooga-Greenville. Tome la Salida *249B - Calle de Peachtree/Pine (Hospital de Crawford Long) y permanencia en la vereda izquierda. Dé vuelta a la izquierda en la Calle Peachtree en el primer semáforo. Dé vuelta a la derecha en la Avenida del Norte.

El Urología de Centro de la ciudad está en la esquina izquierda de la Calle de Enebro y Avenida del Norte en el cuarto semáforo. El aparcamiento está en el lado del edificio. El parque en cualquier espacio que dice "Invitados que aparcan para el 128 Edificio." Entonces consiga un pase de aparcamiento para su coche en el escritorio delantero en nuestra oficina para colocar en la ventana delantera de su coche.

Midtown Urology

Información de Sistema Telefónica
Para Servicios Pacientes
Número Principal: 404-881-0966

Apriete 1 para hablar a una Enfermera o recibir una Prescripción o un Recambio de Prescripción

Apriete 2 para programar una Nueva Cita Paciente

Apriete 3 para programar una Cita de Continuación o hablar con la Remisión Coordinador

Apriete 4 para programar un procedimiento o la cirugía

Apriete 5 para el Departamento de Facturación

Apriete 6 para el Departamento de Registro Médico

Apriete 7 para el Departamento de Investigación

Apriete 8 para el Servicio de Contabilidad (Cuentas Pagaderas / Contabilidad)

Apriete 0 para el Operador y cualquier departamento no inscrito

Midtown Urology and Midtown Urology Surgical Center

* Note: Si usted completa esta forma para un menor, por favor use la información del menor en impresos proporcionados. Los padres/Guarda completan la información de número de teléfono y el empleo.

El Nombre del Paciente _____ Data _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Cremallera _____

A Casa Teléfono # _____ Seguridad Social # _____

Edad _____ Fecha de Nacimiento _____ Sexo _____ Estado Marcial _____

Patrón/Ocupación _____ Teléfono de Autobús * _____

El Nivel más Alto de la Educación Completada (por favor compruebe):

_____ Gramática _____ Escuela Secundaria _____ GED _____ Colegio _____ Gradúa Escuela

Nombre/Teléfono de Cónyuge/Padre *, (si aplicable) _____

Persona para notificar en caso de emergencia _____

¿Relación a usted? _____ Teléfono # _____

¿Quién es su médico que se refiere? _____ Teléfono # _____

Nombre de Farmacia _____ Teléfono # _____

PARTIDO RESPONSABLE

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad/Estado/Cremallera _____

A Casa Teléfono # _____ Seguridad Social _____

Patrón/Ocupación _____ Teléfono de Autobús * _____

Método de Pago _____

Firma _____

* Entiendo que seré totalmente responsable de cualquier gasto hecho a mi cuenta y que el pago es requerido en el momento del servicio. (Los honorarios de control devueltos son 25.00 dólares).

INFORMACIÓN DE SEGUROS

Portador de Seguros Primario _____

Política # _____ Grupo # _____

Dirección de Compañía de seguros _____

Nombre de Sostenedor de Política _____ Relación _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguridad Social _____

Portador de Seguros Secundario _____

Política # _____ Grupo # _____

Dirección de Compañía de seguros _____

Nombre de Sostenedor de Política _____ Relación _____

Fecha de Nacimiento _____ Seguridad Social _____

Por este medio autorizo la liberación de cualquier información médica necesaria de tratar mis reclamaciones de seguros. Por este medio adjudico el pago directamente al Urología de Centro de la ciudad y/o Urología de Centro de la ciudad Centro Quirúrgico a las ventajas aquí especificadas, y por otra parte, soy y seré obligado del 40 % adicional de la cuenta total si debe ser coleccionado por medios legales. Por este medio autorizo fotocopias de esta validación de forma para la originalidad.

Firma _____ Date _____

El Nombre del Paciente _____ Data _____

Yo, _____entienda que toda la susodicha información "es verdadera y correcta al mejor de mi conocimiento de toda la información dentro de.

HIPAA Notice of Privacy Practices

*Midtown Urology, P.C. / Midtown Urology Surgical Center
128 North Avenue, NE, Suite 100
Atlanta, GA 30308
(404) 881-0966*

THIS NOTICE DESCRIBES HOW MEDICAL INFORMATION ABOUT YOU MAY BE USED AND DISCLOSED AND HOW YOU MAY GAIN ACCESS TO THIS INFORMATION. PLEASE REVIEW IT CAREFULLY.

This Notice of Privacy Practices describes how we may use and disclose your protected health information (PHI) to carry out treatment, payment or health care operations (TPO) and for other purposes that are permitted or required by law. It also describes your rights to access and control your protected health information. "Protected health information" is information about you, including demographic information, that may identify you and that relates to your past, present or future physical or mental health or condition and related health care services.

Uses and Disclosures of Protected Health Information: Your protected health information may be used and disclosed by your physician, our office staff and others outside of our office that are involved in your care and treatment for the purpose of providing health care services to you, to pay your health care bills, to support the operation of the physician's practice, and any other use required by law.

Treatment: We will use and disclose your protected health information to provide, coordinate, or manage your health care and any related services. This includes the coordination or management of your health care with a third party. For example, we would disclose your protected health information, as necessary, to a home health agency that provides care to you. For example, your protected health information may be provided to a physician to whom you have been referred to ensure that the physician has the necessary information to diagnose or treat you.

Payment: Your protected health information will be used, as needed, to obtain payment for your health care services. For example, obtaining approval for a hospital stay may require that your relevant protected health information be disclosed to the health plan to obtain approval for the hospital admission.

Healthcare Operations: We may use or disclose, as needed, your protected health information in order to support the business activities of your physician's practice. These activities include, but are not limited to, quality assessment activities, employee review activities, training of medical students, licensing, and conducting or arranging for other business activities. For example, we may disclose your protected health information to medical school students that see patients at our office. In addition, we may use a sign-in sheet at the registration desk where you will be asked to sign your name and indicate your physician. We may also call you by name in the waiting room when your physician is ready to see you. We may use or disclose your protected health information, as necessary, to contact you to remind you of your appointment.

We may use or disclose your protected health information in the following situations without your authorization. These situations include: as Required By Law, Public Health issues as required by law, Communicable Diseases: Health Oversight: Abuse or Neglect: Food and Drug Administration requirements: Legal Proceedings: Law Enforcement: Coroners, Funeral Directors and Organ Donation: Research: Criminal Activity: Military Activity and National Security: Workers' Compensation: Inmates: Required Uses and Disclosures: Under the law, we must make disclosures to you and when required by the Secretary of the Department of Health and Human Services to investigate or determine our compliance with the requirements of Section 164.500.

Other Permitted and Required Uses and Disclosures Will Be Made Only With Your Consent, Authorization or Opportunity to Object unless required by law.

You may revoke this authorization, at any time, in writing, except to the extent that your physician or the physician's practice has taken action in reliance on the use or disclosure indicated in the authorization.

Your Right

Following is a statement of your rights with respect to your protected health information.

You have the right to inspect and copy your protected health information. Under federal law, however, you may not inspect or copy the following records; psychotherapy notes; information compiled in reasonable anticipation of, or use in, a civil, criminal, or administrative action or proceeding, and protected health information that is subject to law that prohibits access to protected health information.

You have the right to request a restriction of your protected health information. This means you may ask us not to use or disclose any part of your protected health information for the purposes of treatment, payment or healthcare operations. You may also request that any part of your protected healthcare information not be disclosed to family members or friends who may be involved in your case or for notification purposes as described in this Notice of Privacy Practices. Your request must state the specific restriction requested and to whom you want the restriction to apply.

Your physician is not required to agree to a restriction that you may request. If physician believes it is in your best interest to permit use and disclosure of your protected health information, your protected health information will not be restricted. You then have the right to use another Healthcare Professional.

You have the right to request to receive confidential communications from us by alternative means or at an alternative location. You have the right to obtain a paper copy of this notice from us, upon request, even if you have agreed to accept this notice alternatively, i.e. electronically.

You may have the right to have your physician amend your protected health information. If we deny your request for amendment, you have the right to file a statement of disagreement with us and we may prepare a rebuttal to your statement and will provide you with a copy of any such rebuttal.

You have the right to receive an accounting of certain disclosures we have made, if any, of your protected health information.

We reserve the right to change the terms of this notice and will inform you by mail of any changes. You then have the right to object or withdraw as provided in this notice.

Complaints

You may complain to us or to the Secretary of Health and Human Services if you believe your privacy rights have been violated by us. You may file a complaint with us by notifying our privacy contact of your complaint. **We will not retaliate against you for filing a complaint.**

This notice was published and becomes effective on/or before **April 14, 2003.**

We are required by law to maintain the privacy of, and provide individuals with, this notice of our legal duties and privacy practices with respect to protected health information. If you have any objections to this form, please ask to speak with our HIPAA Compliance Officer in person or by phone at our Main Phone Number.

Signature below is only acknowledgement that you have received this Notice of our Privacy Practices:

Print Name _____

Signature _____ *Date* _____

Please list all authorized persons with whom we may discuss any of your medical information:

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. _____ | 3. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 4. _____ | 6. _____ |

¡ATENCIÓN TODOS LOS PACIENTES!

Usted es por este medio informado que las remisiones de seguros de médicos de cuidado primarios son la responsabilidad del paciente. Si usted deja de proveer nuestra oficina de esta remisión necesaria, usted será responsable de los gastos.

Si usted decide ver al doctor sin una remisión, se esperará que usted pague todos los gastos en su totalidad antes de que usted abandone nuestra oficina.

Medicare and Medicaid pacientes: Si usted ha cambiado su seguro a un plan de HMO, se requiere que usted informe nuestra oficina antes de su visita. Además, la información de remisión se aplicará.

Todos los pacientes por favor firme y date esta forma, declarando que usted ha recibido y entiende la información y la política de Midtown Urology, P.C.

Firma Paciente

Fecha

Nombre Paciente _____

HISTORIA MÉDICA

PROBLEMAS MÉDICOS

¿Tiene usted cualquiera de los siguientes?

	Sí	No	Date		Sí	No	Date
Hipertensión				Diabetes			
Enfermedad cardíaca				Hipertiroides			
Colesterol Alto				Hypothyroid			
Asma				Enfermedad de Hígado			
Emphysema				Hepatitis (_____)			
Esclerosis múltiple				Artritis			

PONGA TODAS LAS MEDICACIONES EN UNA LISTA, DOSIS Y CON QUE FRECUENCIA USTED LOS TOMA

Medicación	Dosis	Frecuencia	Razón

¿Toma usted la Aspirina? Sí No ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

ALERGIAS O REACCIONES A CUALQUIER MEDICACIÓN: _____

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES / CIRUGÍAS/PROCEDIMIENTOS:

Hospitalización/Cirugía	Posición	Fecha

HISTORIA DE FAMILIA:

Haga usted tiene una historia de familia de cualquiera de lo siguiente:

	Sí	No		Sí	No
Enfermedad cardíaca			Enfermedad de Riñón		
Cáncer de Próstata			Other _____		
El cáncer (escriben a máquina _____)			None		

HISTORIA SOCIAL

	Sí	No
¿Usa usted el alcohol?		
¿Fuma usted cigarrillos?		
¿Usa usted medicinas recreacionales?		

¿Cuánto?? _____

¿Cuánto? _____ ¿De ser dejado, cuándo? _____

¿Qué,

y

cuanto?

General	Sí	No
Fiebre		
Fatigue		
Pérdida de apetito		
Pérdida de peso > 10 libras		
Reacción de transfusión		
Célula de hoz		
Rasgo de célula de hoz		
Cáncer		
HIV/AIDS		

ENT	Sí	No
Daltonismo		
Cataratas		
Glaucoma		
Ojo de Artificial/glass		
Lentillas correctivas		
Cambios visuales		
Puentes (ondulación permanente o desprendible)		
Gorras/coronas/cintas dentales		
Dientes ausentes/sueltos/desconchados		
Problemas de TMJ		
Herida Principal		
Hemorragias nasales		
Dolor de seno		
Audífono		
Audiencia de pérdida/sordera		

Cardiovascular	Sí	No
Marcapasos		
Válvula de Artificial		
Problemas circulatorios		
Problemas de sangría/coagulación		
Pulso irregular		
Murmullo		
Dolor de pecho		
Hinchazón en piernas		
Hipertensión		
Mareo con movimiento		
Palpitaciones		
Falta de aliento		

Neurológico	Sí	No
Blurred/doublevision		
Sensación disminuida		
Memoria disminuida		

Incoordination		
Salida de taburete		
Asimientos		
Temblores		
Vértigo		
Parálisis		

Piel	Sí	No
Sequedad de piel		
Pérdida de pelo		
Nuevas lesiones		
Picante		
Erupción		
Cambio de color de piel		

Musculoskeletal	Sí	No
Artritis		
Miembros/unión de Artificial		
Calambres de pierna		
Uso de cane/walker/cruthces		
Dolor trasero / dolor de cuello		
Rigidez conjunta		
Debilidad de músculo		

Respiratorio	Sí	No
Tos crónica		
Respiración de dificultad		
Pulmón derrumbado		
Sueño apnea		
Toses sangre		
Resuello		

Machos	Sí	No
Problemas con orinar		
Sangre en la orina		
Cambios de corriente urinaria		
Incontinencia		
Dolor de vejiga		
Dolor de flanco		
Disfunción eréctil		
Disfunción de Ejaculatory		
Descarga del pene		
Lesiones del pene		
Dolor de Testicular		
Masa de Testicular		
Historia de enfermedad de transmisión sexual		

Hembras	Sí	No
Problemas con orinar		

Sangre en la orina		
Cambios de corriente urinaria		
Incontinencia		
Dolor de vejiga		
Dolor pélvico		
Cópula dolorosa		
Disfunción sexual		
Irregularidades Menstruales		
Sangría vaginal		
Descarga vaginal		
Descarga de Urethral		
Historia od sexuallt enfermedad transmitida		
Número de pregnancies		
Número de c-secciones		
Número de nacimientos vaginales		

Por favor ponga cualquier problema médico adicional en una lista que no fue mencionado anteriormente:

Fecha

Firma

Paciente