

PATIENT INFORMATION

Patient Name/Nombre: _____ Date/Fecha: _____
 (Last/First/Middle) Social Security#/ Número de seguridad social

CIRCLE ONE:
 Sex/El Sexo: M or F Marital Status/Estado Civil: S M W D SEP _____ - _____ - _____

DOB/ Fecha de Nacimiento: _____ Age/Edad _____ Email: _____

Address/Domicilio: _____

City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Home Phone / Teléfono de Casa Work Phone / Teléfono del trabajo Mobile / Teléfono móvil

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Ocupación: _____

Employer Address: _____
 (Dirección del empleado) City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Spouse/Parent Name/ Nombre del cónyuge/ padre: _____ Date of Birth: ____/____/____

Employer/Empleador: _____ Occupation/Ocupación: _____
 Social Security#/ Número de seguridad social

Work Phone / Teléfono del trabajo: (_____) _____ - _____ - _____

Insurance/Nombre de Seguros: _____ Phone/ Teléfono:(_____) _____ - _____

Insured Name/ Nombre del asegurado: _____ ID#: _____ Group# _____

Insured DOB/ Fecha de Nacimiento Asegurado: ____/____/____ Insured SS# _____ - _____ - _____

Insurance Address/ Dirección de Seguros City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Secondary Insurance/ Seguro Secundario: _____ Phone/ Teléfono:(_____) _____ - _____

Insured Name/ Nombre del asegurado: _____ ID#: _____ Group# _____

Referring Dr / Doctor Primario: _____ Phone/ Teléfono:(_____) _____ - _____

Address/Domicilio: _____
 City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Name/Phone of nearest relative not living with you: _____
 Nombre / Teléfono del pariente más cercano que no viva con usted

FINANCIAL RESPONSIBILITY/ RESPONSABILIDAD FINANCIERA

I consent to treatment necessary for the care of the above named patient. I authorize the release of all medical records to the referring physician and to my insurance company. I allow electronic transmittal of my medical records as needed. I acknowledge full financial responsibility for services rendered by Dr. Robert Stroud. We will file to your insurance as courtesy to you, the patient. If for any reason your insurance plan has preexisting conditions or does not cover any services provided by Dr. Stroud or his staff, you the patient are financially responsible. **It is the patient's responsibility to make sure we have correct insurance information, your place of residence, and contact information.**

I understand that payment for services rendered (including co-pays, Medicare co insurance, and deductibles) is due at the time of service. I agree to pay all reasonable attorney fees and collection costs in the event of default of payment of my charges. I authorize and request that insurance payments be made directly to Dr. Robert G. Stroud. I have read and fully understand the above consent for treatment, financial responsibility, release of medical information, and insurance authorization.

PATIENT HISTORY FORM

Today's Date/El día de hoy: ____ / ____ / ____ Date of Last Physical Exam/ Fecha del último examen físico: ____ / ____ / ____

Last Name/ Apellido: _____ First Name/ Primer Nombre: _____ MI: _____

Social Security/ Seguridad Social #: _____ - _____ - _____ Date Of Birth/ Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

CHIEF COMPLAINT/ MOTIVO DE LA CONSULTA

What is the reason for your visit? (Describe your problem in detail) / ¿Cuál es el motivo de su visita? (Describe el problema en detalle)

HISTORY OF PRESENT ILLNESS / HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Please answer **all** of the following questions / Por favor, conteste **todos** las siguientes preguntas:

Location of problem / Localización del problema?

How long does the problem last / Cuánto dura el problema de la última?

Is anything else occurring at the same time/ Es algo más ocurriendo al mismo tiempo? Do you smoke? Fumas? YES NO

Do you drink? Bebes alcohol? YES NO

On a scale of 1-10, with 10 most severe, how serious is your problem?
En una escala de 1-10, siendo 10 más grave, lo grave es su problema?

Are you on a special diet?
¿Está usted en una dieta especial? YES NO

Drug allergies? /Alergias a medicamentos? YES NO

Is the problem constant or variable/ Es constante o variable problema?

If yes, what? En caso afirmativo, ¿qué?

Does the problem interfere with normal functions? How?
¿El problema interfiere con las funciones normales? Cómo?

When did you first notice the problem ?
Cuándo notó por primera vez el problema?

PAST MEDICAL & SOCIAL HISTORY / LOS ANTECEDENTES MEDICOS Y LA HISTORIA SOCIAL

List ALL serious personal / immediate family illnesses / Listar todos los graves enfermedades familiares inmediatos personales
Example: Diabetes, Breast cancer, Heart disease, etc / Ejemplo: La diabetes, el cáncer de mama, enfermedad del corazón, etc.

PERSONAL HISTORY / HISTORIA PERSONAL: _____

IMMEDIATE FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIA CERCANA: _____

SURGICAL HISTORY / ANTECEDENTES QUIRURGICOS

NOTE: THIS IS A CONFIDENTIAL RECORD AND WILL BE KEPT AT YOUR DOCTOR'S OFFICE INFORMATION

REVIEW OF SYSTEMS

Do you now or have you ever had any problems related to the following systems?
 Hacer ahora o alguna vez ha tenido cualquier problema relacionado con los siguientes sistemas?

CIRCLE YES OR NO / CÍRCULO SÍ O NO

| <u>CONSTITUTIONAL SYMPTOMS</u> <u>SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES</u> | | |
|--|-----|----|
| Fever / Fiebre | YES | NO |
| Chills / Resfriado | YES | NO |
| Headache / Dolor de cabeza | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>EYES / OJOS</u> | | |
|---------------------------------|-----|----|
| Blurred vision / Visión borrosa | YES | NO |
| Double vision / Visión doble | YES | NO |
| Pain / Dolor | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>ALLERGIES / ALERGIAS</u> | | |
|--|-----|----|
| Hay Fever | YES | NO |
| Drug Allergies/Las alergias a medicamentos | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>NEUROLOGICAL / NEUROLÓGICO</u> | | |
|-----------------------------------|-----|----|
| Tremors / Temblores | YES | NO |
| Dizzy Spells / Mareos | YES | NO |
| Numbness / Entumecimiento | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>ENDOCRINE / ENDOCRINO</u> | | |
|---|-----|----|
| Excessive thirst / Sed excesiva | YES | NO |
| Too hot or cold / Demasiado caliente o frío | YES | NO |
| Tired or Sluggish / Cansado o Lenta | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>GASTROINTESTINAL</u> | | |
|---|-----|----|
| Abdominal pain / Dolor abdominal | YES | NO |
| Nausea or Vomiting / Náuseas o vómitos | YES | NO |
| Indigestion or heartburn / La indigestión o ardor de estómago | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>CARDIOVASCULAR</u> | | |
|--|-----|----|
| Chest pain / Dolor de pecho | YES | NO |
| Varicose veins / Venas varicosas | YES | NO |
| High blood pressure / Alta presión sanguínea | YES | NO |

| <u>INTEGUMENTARY / INTEGUMENTARIO</u> | | |
|---------------------------------------|-----|----|
| Skin rash / Erupción cutánea | YES | NO |
| Boils / Hierve | YES | NO |
| Persistent itch / Picor persistente | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>MUSCULOSKELETAL / MUSCULOESQUELÉTICO</u> | | |
|---|-----|----|
| Joint pain / Dolor en las articulaciones | YES | NO |
| Neck pain / Dolor de cuello | YES | NO |
| Back pain / Dolor de espalda | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>EAR NOSE THROAT MOUTH / OIDO NARIZ GARGANTA BOCA</u> | | |
|---|-----|----|
| Ear Infection / Infección en el oído | YES | NO |
| Sore Throat / Dolor de garganta | YES | NO |
| Sinus problems / Los problemas del seno | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>GENITOURINARY / GENITOURINARIAS</u> | | |
|---|-----|----|
| Urine Retention / Retención de orina | YES | NO |
| Painful urination / Dolor al orinar | YES | NO |
| Urinary frequency / Frecuencia urinaria | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>RESPIRATORY / RESPIRATORIO</u> | | |
|--|-----|----|
| Wheezing / Sibilancias | YES | NO |
| Frequent cough / Tos frecuente | YES | NO |
| Shortness of breath / Dificultad para respirar | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>HEMATOLOGIC/LYMPHATIC / HEMATOLÓGICA / LINFÁTICA</u> | | |
|---|-----|----|
| Swollen glands / Inflamación de las glándulas | YES | NO |
| Blood clotting problem / Problema de coagulación | YES | NO |
| Explain: _____ | | |

| <u>PSYCHOLOGIC / PSICOLÓGICO</u> | | |
|---|-----|----|
| Are you generally satisfied with your life? ¿Está satisfecho en general con su vida? | YES | NO |
| Do you feel severely depressed? / ¿Se siente muy deprimida? | YES | NO |
| Have you ever considered suicide? ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio? | YES | NO |

PRIVACY PRACTICES

This notice concerns your individual, private healthcare information and how this information may be used and disclosed by this office. Please review it carefully. After reviewing this notice you will be asked to consent to the use of your information as described. This consent is voluntary on your part.

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) is a federal program that requires that all medical records and other individually identifiable health information used or disclosed by us in any form, whether electronically, on paper, or orally, are kept properly confidential. As required by HIPAA we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of your health information and how we may use and disclose your health information.

- 1) We have a legal, ethical, and moral obligation to protect your confidentiality. Any information about you and/or your family will be held strictly confidential by all employees. No discussions about you outside of the patient care framework will be allowed and any conversation between staff members that pertains to delivering you quality care will be held in a confidential and professional manner.
- 2) In order to provide quality care to you, as well as operate this office in an efficient manner, we will need to access your private health care information for purposes of treatment, payment and operations. In using this information this office will comply with all state and federal laws pertaining to your privacy rights, including the Privacy and Security protections provided to you by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- 3) Specifically, we will need to disclose your private information under the following circumstances:
 - a) Sharing Information for Purposes of Treatment: We will share information with all members of your treatment team both within this office and with other providers (personal and institutional) in order to provide you with quality care.
 - b) Sharing Information for Purposes of Payment: We will share all necessary information with your insurer, payer, governmental entities (such as Medicare, etc) and their representatives (including but not limited to benefit determination and utilization review) as well as our representatives involved in the billing process (including but not limited to claims representatives and preferred provider organizations).
 - c) Sharing of Information for Purposes of Operations: We will share all information necessary for ongoing operations of this office, (including, but not limited to, credentialing processes, peer review, accreditation, and compliance with all state and federal laws).
- 4) Your consent for use and disclosure of information as described may be revoked in writing at any time. Please notify the office if you ever decide to revoke your consent.
- 5) Your specific authorization will be required for the release of any information not included above. Your authorization will need to be in writing and it will be specific to the disclosure requested. Incidences which may require your authorization under the HIPAA regulations include (but are not limited to) some marketing purposes and the disclosure of any psychotherapy records in our possession.
- 6) This office will not release any information other than those incidents described above unless disclosure is required by law, a court, a legal process or governmental agency.
- 7) When the HIPAA privacy rule becomes effective in this office, you will have the right to inspect your protected information, amend your record, have reasonable requests for confidential communications accommodated and may obtain an accounting of disclosures. All/other rights afforded to you by state and federal law will be honored as they are created.
- 8) This office has policies and procedures in place to facilitate compliance with the law. These procedures assure that all patients will be treated consistently with respect to their privacy and confidentiality. These policies and procedures are available for your review. If you would like to read them, please notify the Privacy Officer.
- 9) The Privacy Officer is the person in the office responsible for your privacy and the security of your information. Any complaints

NORMAS DE PRIVACIDAD

Este anuncio se refiere a su persona, la información de la salud privada y cómo esta información puede ser usada y divulgada por esta oficina. Por favor, revise con cuidado. Después de revisar este aviso, se le pedirá su consentimiento para el uso OS de su información como se describe. Este consentimiento es voluntario de su parte.

La Ley de 1996 de Portabilidad y (HIPAA) es un programa federal que exige que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. Como es requerido por la ley HIPAA hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

- 1) Tenemos una obligación legal, ético y moral de proteger su confidencialidad. Cualquier información sobre usted y / o su familia se llevará a cabo estrictamente confidencial por todos los empleados. No se permitirán las discusiones acerca de que fuera del marco de la atención al paciente y cualquier conversación entre los miembros del personal que pertenece a la entrega de una atención de calidad que se llevarán a cabo de una manera confidencial y profesional.
- 2) Con el fin de proporcionar una atención de calidad para usted, así como operar esta oficina de una manera eficiente, tendremos que acceder a su información médica privada para fines de tratamiento, pago y operaciones. En el uso de esta información esta oficina cumplirá con todas las leyes estatales y federales relativas a sus derechos de privacidad, incluyendo la privacidad y las protecciones de seguridad que le ha proporcionado la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).
- 3) En concreto, vamos a necesitar revelar su información privada en las siguientes circunstancias:
 - a) Intercambio de información con fines de tratamiento: Vamos a compartir información con todos los miembros de su equipo de tratamiento, tanto dentro de esta oficina y con otros proveedores (personales e institucionales) con el fin de proporcionar una atención de calidad.
 - b) Intercambio de información a efectos de pago: Vamos a compartir toda la información necesaria con su aseguradora, pagador, entidades gubernamentales (tales como Medicare, etc.) y sus representantes (incluyendo, pero no limitado a beneficiarse determinación y revisión de utilización), así como nuestros representantes involucrados en el proceso de facturación (incluyendo pero no limitado a los representantes de reclamaciones y organizaciones de proveedores preferred).
 - c) El intercambio de información a efectos de Operaciones: Vamos a compartir toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta oficina, (incluyendo, pero no limitado a, los procesos de acreditación, la revisión por pares, ACREDITACIÓN, y el cumplimiento de todas las leyes estatales y federales).
- 4) Su consentimiento para el uso y divulgación de la información como se describe puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Por favor notifique a la oficina si alguna vez decide revocar su consentimiento.
- 5) Se requiere su autorización específica para la divulgación de cualquier información no incluida anteriormente. Su autorización tendrá que ser por escrito y será específica para la divulgación solicitada. Las incidencias que pueden requerir su autorización bajo las regulaciones de HIPAA incluyen (pero no se limitan a) algunos fines de marketing y la comunicación de todos los registros de psicoterapia en nuestra posesión.
- 6) Esta oficina no divulgará ninguna información distinta de esos incidentes descritos anteriormente a menos que la divulgación sea requerida por la ley, un tribunal, un proceso legal o una agencia gubernamental.
- 7) Cuando la regla de privacidad HIPAA entre en vigor de esta oficina, tendrá el derecho de inspeccionar su información protegida, modificar su registro, tiene solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales alojados y puede obtener un informe de divulgaciones. Todos / otros derechos otorgados a usted por leyes estatales y federales serán honrados medida que se crean.
- 8) Esta oficina cuenta con políticas y procedimientos para facilitar el cumplimiento de la ley. Estos procedimientos aseguran que todos los pacientes serán tratados de forma coherente con respecto a su privacidad y confidencialidad. Estas políticas y procedimientos están disponibles para su revisión. Si desea leerlos, por favor notifique al funcionario de privacidad.
- 9) El Oficial de Privacidad es la persona en la oficina responsable de su privacidad y la seguridad de su información. Cualquier queja que usted o su familia puedan tener en esta área deben ser dirigidas al Oficial de Privacidad.

LONESTAR UROLOGY

ROBERT G. STROUD, D.O., F.A.C.O.S.

ADULT & PEDIATRIC UROLOGY

PRIVACY PRACTICE ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT FOR DISCLOSURE

I have read the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES and have had any questions answered by this office. I understand that by signing this form I consent to the following:

(He leído el aviso de privacidad y no he tenido ninguna pregunta contestada por esta oficina. Entiendo que al firmar este formulario consiento a la siguiente)

- a) Sharing Information for the Purposes of Treatment: You will share my information with all members of my treatment team, both within this office and with other providers (personal and institutional) in order to provide me with quality care.
Intercambio de información a los fines del tratamiento: Usted compartirá mi información con todos los miembros de mi equipo de tratamiento, tanto dentro de esta oficina y con otros proveedores (personales e institucionales) con el fin de proveer de mí una atención de calidad
- b) Sharing Information for Purposes of Payment: You will share all necessary information with my insurer, payor, governmental entities (such as Medicare or Tricare) and their representatives (including, but not limited to, benefit determination and utilization review) as well as your representatives involved in the billing process (including, but not limited to, claims representatives, data warehouses, and billing companies).
Intercambio de información a efectos de pago: Se puede participar toda la información necesaria con mis asegurador, pagador, entidades gubernamentales (tales como Medicare o Tricare) y sus representantes (incluyendo, pero no limitado a, la determinación de beneficios y revisión de utilización), así como sus representantes participan en el proceso de facturación (incluyendo, pero no limitado a, representantes de reclamos, almacenes de datos, y las compañías de facturación).
- c) Sharing Information for Purposes of Operations: You will share all all information necessary for ongoing operations of this office (including, but not limited to, the credentialing processes, peer review and accreditation) and compliance with all federal and state laws.
Intercambio de información a efectos de Operaciones: Se puede participar toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta oficina (incluyendo, pero no limitado a, los procesos de acreditación, revisión por pares y la acreditación) y el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales

Do we have your permission to / Tenemos su permiso para:

Discuss your medical conditions with any member of your household?
Discutir sus condiciones médicas con cualquier miembro de su hogar?

YES

NO

If yes, whom? _____ Relationship: _____
(En caso afirmativo, a quie) (Relación)

My consent is given freely. I understand that I may revoke this consent at any time if that revocation is in writing, but any disclosures given in reliance on this prior consent will be permissible. (Mi consentimiento se da libremente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento en caso de que la revocación es por escrito, pero las revelaciones dadas en virtud de esta autorización previa, será admisible.)

Patient Name / Nombre del paciente

Date / Fecha

Patient Name Printed / Nombre del Paciente Impreso

Date of Birth / Fecha de nacimiento

Office use only: We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Privacy Practices but acknowledgement could not be obtained because
REFUSAL TO SIGN COMMUNICATION BARRIER EMERGENCY OTHER explain