



Nombre (Name) _____

Domicilio físico (Address) _____

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Código Postal (Zip Code) _____

Tel. Casa (Home) () _____ Tel. Trabajo (Work) () _____ Celular () _____

Seguro Social (SSN) _____ Sexo (Gender) Masculino Femenino _____ Fecha de nacimiento (DOB) _____

Jubilado (Retired) Discapacitado (Disabled) Su Empleador (Employer) _____

Correo Electrónico (Email) _____

Médico de Referencia (Ref Dr) _____ Nombre de la Clínica (Clinic) _____

Médico de Cabecera (Prim Dr) _____ Nombre de la Clínica (Clinic) _____

<u>Estado Civil</u> (Marital Status)	<u>Estado Actual de Traja</u> (Employment)	<u>Estudiante</u> (Student)	<u>Raza/Origen Etnico</u>	<u>Peedor Primario</u>
<input type="checkbox"/> Soltero(a) (Single)	<input type="checkbox"/> Tiemp Trabajo Comleto (Full)	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo (Full)	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska	<input type="checkbox"/> Brian S. Cope, MD
<input type="checkbox"/> Casado(a) (Married)	<input type="checkbox"/> Parte de Tiempo (Part)	<input type="checkbox"/> Parte de Tiempo (Part)	<input type="checkbox"/> Asian	<input type="checkbox"/> Scott C. Stoioff, MD
<input type="checkbox"/> Divorciado(a) (Divorced)	<input type="checkbox"/> No Trabaja (Not Employed)	<input type="checkbox"/> No es Estudiante (Not student)	<input type="checkbox"/> Americana Negro o Africano	<input type="checkbox"/> Jennifer Hanopole, PA-C
<input type="checkbox"/> Viudo(a) (Widow)	<input type="checkbox"/> Auto Empleado (Self)		<input type="checkbox"/> Más de una raza (>1 race)	
<input type="checkbox"/> Separado(a) Separated	<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)		<input type="checkbox"/> Blanco (White)	
			<input type="checkbox"/> Hispano/Latino(a)	

Contacto de Emergencia (Emergency Contact)

Nombre (Name) _____

Relación (Relationship): Espos(a) Spouse Hijo(a) Child Padre/Madre (Parent) Otro, por favor especifique _____

Dirección (Address) (Igual que arriba (same as above)) _____

Ciudad (City) _____ Estado (State) _____ Código Postal (Zip) _____

Tel. Casa (Home) () _____ Tel Trabajo (Work) () _____ Celular () _____

Seguro Primario (Primary Insurance) _____

Seguro Secundario (si tiene) (2nd Ins) _____

Quién es el suscriptor de la póliza(s)? (Subscriber?) Yo (Self) Espos(a) (Spouse) Padre (Father) Madre (Mother) _____

Si el suscriptor es otro que no sea el paciente, necesitamos la siguiente información para presntar a su seguro:

Nombre del Subscritor (Subscriber's Name) _____ Número de Seguro Social (SSN) _____ Fecha de Nacimiento (DOB) _____

Si utiliza farmacia de correo, por favor indique el nombre del contacto/teléfono. (Local Pharmacy) _____

INFORMACION MEDICA Y ANTECEDENTES

Nombre del paciente (Patient Name) _____

Fecha de Nacimiento (DOB) _____

Sintomas Principales (Chief Complaint) _____

Paciente de sexo Femenino (Female)

- | | |
|---|---|
| <p>___ Sangre en la orina (Blood in urine)</p> <p>___ Cambio en los hábitos de la vejiga (Change bladder habits)</p> <p>___ Cambio en el flujo de orina (Change urine stream)</p> <p>___ Costado (lado) dolor (Flank pain)</p> <p>___ Orinar con frecuencia (Frequency)</p> <p>___ Incontinencia urinaria (Incontinence)</p> <p>___ Irregularidades menstruales</p> | <p>___ Relaciones sexuales dolorosas (Painful intercourse)</p> <p>___ Dolor al orinar (Painful urination)</p> <p>___ Dolor pélvico (Pelvic pain)</p> <p>___ Urgencia miccional (Urgency)</p> <p>___ Orinar en la noche (Nocturia)</p> <p>___ Sangrado vaginal (Vaginal bleeding)</p> <p>___ Flujo vaginal (Vaginal discharge)</p> |
|---|---|

Paciente de sexo Masculino (Male)

- | | |
|---|---|
| <p>___ Sangre en la orina (Blood in urine)</p> <p>___ Aprobación de la gestión (Discharge)</p> <p>___ Costado (lado) dolor (Flank pain)</p> <p>___ Orinar con frecuencia (Frequency)</p> <p>___ Vacilación (Hesitancy)</p> <p>___ Impotencia (Impotence)</p> <p>___ Incontinencia urinaria (Incontinence)</p> | <p>___ Dolor al orinar (Painful urination)</p> <p>___ Curvatura del pene (Curvature)</p> <p>___ Lesiones del pene (Lesions)</p> <p>___ Masa testicular (Testicular mass)</p> <p>___ Dolor testicular (Testicular pain)</p> <p>___ Urgencia miccional (Urgency)</p> <p>___ Orinar en la noche (Nocturia)</p> |
|---|---|

SU HISTORIA DE ALERGIA: ¿Es usted alérgico a cualquiera de los siguientes? (Allergy History)

- | | |
|---|---|
| <p><input type="checkbox"/> Penicilina (Penicillin) ¿cuál fue reacción?</p> <p><input type="checkbox"/> Cipro ¿cuál fue su reacción?</p> <p><input type="checkbox"/> Sulfa ¿Cuál fue su reacción?</p> | <p><input type="checkbox"/> Contraste intravenoso (IV contrast) ¿cuál fue su reacción?</p> <p><input type="checkbox"/> Yodo/Betadine (Iodine) ¿cuál fue su reacción?</p> <p><input type="checkbox"/> Látex ¿cuál fue su reacción?</p> |
|---|---|

Por favor escriba cualquier alergia a medicamento y/o alergias a los alimentos: (Allergy medicine/food)

_____ ¿cuál fue su reacción?	_____
_____ ¿cuál fue su reacción?	_____
_____ ¿cuál fue su reacción?	_____
_____ ¿cuál fue su reacción?	_____
_____ ¿cuál fue su reacción?	_____
_____ ¿cuál fue su reacción?	_____

HISTORIA MEDICA FAMILIAR Por favor, indique miembro de la familia (por ejemplo: su madre, padre, hermano(a), abuelo(a), tía/tío paterno(a) o materno(a), etc.) (FAMILY HISTORY)

___ Abuso del alcohol (Alcohol Abuse)

CANCER

___ Cáncer de Mama (Breast)

___ Cáncer de utero (Cervical)

___ Cáncer de colon (Colon)

___ Cáncer de pulmón (Lung)

___ Cáncer de ovario (Ovarian)

___ Cáncer de próstata (Prostate)

___ Cáncer Renal (riñón) (Renal)

___ Cáncer de piel (Skin)

___ Cáncer de tiroides (Thyroid)

___ Derrame Cerebral (stroke)

___ Colitis ulcerativa (Ulcerative Colitis)

___ Defecto coagulación de la sangre (blood clotting defect)

___ Enfermedad arterial coronaria (estrechamiento)(Coronary Artery Disease)

___ Ataque al corazón (Heart attack)

___ Enfermedad de Crohn (Crohn's Disease)

___ Sordera (Deafness)

___ Diabetes

___ Enfermedad fibroquística del seno (Fibrocystic Breast Disease)

___ Colesterol Alto (High cholesterol)

___ Presión arterial alta (Hypertension)

___ Depresión

___ Enfermedad de Parkinson (Parkinson's Disease)

___ Osteoporosis

___ Anemia falciforme

___ Enfermedad de la célula (Sickle Cell Disease)

___ Inflamación de la vejiga (Chronic Cystitis)

___ Convulsiones (Seizures)

___ Incontinencia urinaria (Incontinence)

___ Piedras en los riñones (Nephrolithiasis)

___ Agrandamiento de la próstata (enlarged prostate)

___ Hiperlipidemia

___ Otros, por favor escriba a continuación:

SUS HISTORIA/ANTECEDENTES MEDICOS (YOUR PAST MEDICAL HISTORY)

- Anemia
- Arthritis
- Contractura del cuello vesical (Bladder Neck Contracture)
- HBP (BPH)
- CANCER**
- Cáncer de Vejiga (Bladder)
- Cáncer del cerebro (Brain)
- Cáncer de mama (Breast)
- Cáncer de cuello uterino (Cervical)
- Cáncer de colon
- Cáncer de pulmón (Lung)
- Cáncer de ovario (Ovarian)
- Cáncer de próstata (Prostate)
- Cáncer de recto (Rectal)
- Cáncer renal
- Cáncer de piel (Skin)
- Cáncer de estómago (Stomach)
- Cáncer de tiroides (Thyroid)
- Bronquitis crónica (Bronchitis)
- Prostatitis crónica (Prostatitis)
- Polipos de colon (Polyps)
- Úlcera duodenal (Duodenal Ulcer)
- Malformación congénita (Congenital Malformation)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (Congestive Heart Failure)
- EPOC (COPD)
- Enfermedad de las arterias coronarias (Coronary Artery Disease)
- Accidente cerebrovascular (Stroke)
- Enfermedad degenerativa del disco (Disc Disease)
- Enfermedad articular degenerativa (Joint Disease)
- Demencia (Dementia)
- Depresión (Depression)
- Diabetes
- Farmacodependencia (Drug Dependence)
- PSA elevado (Elevated PSA)
- Epididimitis
- Disfunción erectil (Erectile Dysfunction)
- Úlcera gástrica (Gastric Ulcer)
- Enfermedad por reflujo gastroesofágico (Reflux)
- Diabetes mellitus gestacional (durante el embarazo) (Diabetes during pregnancy)
- Glaucoma
- Gota (Gout)
- Hernia (Hiatal Hernia)
- SIDA (HIV/AIDS)
- Hipertensión (presión arterial alta) (Hypertension)
- Hipotiroidismo (Hypothyroidism)
- Hernia Inguinal (Inguinal Hernia)
- Síndrome del intestino irritable (IBS)
- Mononucleosis
- Piedras en los riñones (Nephrolithiasis)
- Curvatura del pene (Peyronie's)
- Neumonía (Pneumonia)
- Estrés Psicológico (Psych Stress)
- Trauma Psicológico (Psych Trauma)
- Convulsiones (Seizure Disorder)
- Enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Tromboflebitis (Thrombophlebitis)
- TIA (accidentes cerebrovasculares mini) (mini strokes)
- Tuberculosis
- Estenosis uretral (Urethral Stricture)
- Infecciones del tracto urinario (UTI)

SU HISTORIA DE CIRUGIAS(YOUR SURGICAL HISTORY)

- Reparación de aneurismas (Aneurysm Repair)
- Apendectomía (Appendectomy)
- Biopsia de mama (Breast Biopsy)
- Colocación de stent cardíaco (Cardiac Stent) (# de buques _____)
- Catarata de eliminación (Cataract)
- Cesárea (C-Section) (# _____)
- Extirpación de la vesícula biliar (Cholecystectomy)
- Arteria Coronaria (Coronary Artery Bypass) (# de injertos _____)
- Cistoscopia colocación de stent (Cystoscopy Stent Placement)
- Desprendimiento de la retina (Detached Retina)
- Litotricia (ESWL)
- Histerectomía (Hysterectomy)
- Reparación de la hernia inguinal (Hernia Repair)
- RTU de próstata con láser (TURP)
- Laminectomía (Laminectomy)
- tumorectomía (Lumpectomy)
- Mastectomía (Mastectomy)
- Ooforectomía (Oophorectomy)
- Biopsia de próstata (Prostate Biopsy)
- Crioterapia de próstata (Prostate Cryotherapy)
- Prostaectomía (Prostatectomy)
- Resección del intestino grueso (Resection Large Bowel)
- Sesección de estómago (Resection of Stomach)
- Eliminación de las trompas de Falopio (Salpingectomy)
- La esplenectomía (Splenectomy)
- Amigdalectomía (Tonsillectomy)
- RTUBT (TURP)
- RTUP (TURP)
- Reparación de heria umbilical (Umbilical Hernia Repair)
- Ureteroscopia (Ureteroscopy)
- Vasectomía (Vasectomy)
- Reparación de la ventral (Ventral Hernia Repair)
- Otros, por favor especifique (Others)

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO(DIAGNOSTIC PROCEDURES)

- Estudio de la densidad ósea (Bone Density)
- Gammagrafía ósea (Bone Scan)
- Prueba de respiración capacity (Breathing Capacity Test)
- Prueba de esfuerzo cardiovascular (Cardiovascular Stress Test)
- Colonoscopia (Colonoscopy)
- Tomografía computarizada (CT Scan)
- Echo de exámenes de corazón con monitor ECG (ECG monitor)
- Electrocardiograma (Electrocardiogram)
- Mamografía (Mammogram)
- Sigmoidoscopia (Sigmoidoscopy)

TABACO/FUMADOR(TOBACCO/SMOKER)

CONSUMO DE DROGAS(DRUG USE)

- Nunca ha usado drogas (Never)
- Uso Ocasional de drogas (Occasional)
- Uso intensivo de drogas (Heavy)
- ¿En qué año dejó de usar drogas? _____ (Yr Quit)

- Los cigarrillos (Cigarettes) Paquete al día _____
Cigarro (Snuff)
- Tabaco de tubo/Pipa (Cigar/Pipe)

- Nunca ha fumado (Never)
- Fumador ocasional (Occasional)
- Fumador fuerte (Heavy)
- ¿En qué año dejó de fumar productos del tabaco?

ALCOHOL

- Nunca ha usado alcohol (Never)
- Uso ocasional (social) de alcohol
- Uso intensivo de alcohol (Heavy)
- ¿En qué año dejó de usar alcohol? _____ (Yr Quit)

USO DE CAFEINA(café, té, refrescos)

- Nunca beb productos con cafeína (Never)
- Bebe productos de cafeína ocasionalmente (Occasional)
- Uso moderado de productos con cafeína (Moderate)
- Fuerte bebedor de productos de cafeína(Heavy)

ESCRIBA SUS MEDICAMENTOS ACTUALES(CURRENT MEDICATIONS)

Nombre del Medicamento (Medication Name)

Dosis (Dosage)

Veces al día (Times/Day)

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| ¿Toma aspirina todos los días? (Aspirin) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma vitaminas diariamente? (Vitamins) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma suplementos de hierbas? (Herbal supplements) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| ¿Toma pastillas anticonceptivas? (Birth control) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

¿Hay tres preguntas que le gustaría discutir con su médico hoy? (3 questions)

- 1

- 2

- 3

Entered by:



1236 Huffman Mill Road, Suite 2550
Burlington, NC 27215
Phone: (336) 584-6300

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO(CONSENT FOR TREATMENT)

Yo autorizo a los médicos y otros proveedores médicos de Imprimis Urology, PC y todos los asistentes para administrar el tratamiento cuando se considere necesario sin ninguna garantía en cuanto al resultado de dicho tratamiento.

I authorize the physicians and other medical providers of Imprimis Urology, PC and all assistants to administer treatment as deemed necessary with no guarantee or assurance as to the results of such treatment.

BENEFICIOS DEL SEGURO(INSURANCE BENEFITS)

Yo autorizo el pago a Imprimis Urology, PC de otro modo pagadero a mí, incluidos los seguros de gastos médicos mayores que no exceda los cargos regulares por estos servicios. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los gastos no cubiertos por este acuerdo.

I authorize payment to Imprimis Urology, PC otherwise payable to me including major medical insurance not to exceed regular charges for these services. I understand that I am financially responsible to Imprimis Urology, PC for all charges not covered by this arrangement. I authorize the release of information to and the request of payment to Imprimis Urology, PC. I certify that the information given by me in applying for benefits is correct. I will provide new and up-to-date insurance information to Imprimis Urology, PC when there is a change or discontinuance of insurance coverage. I authorize the release of all such information as required by my insurance carrier to act on this request, and the payment of benefit to be made on my behalf.

COMUNICADO DE INFORMACION MÉDICA(RELEASE OF MEDICAL INFORMATION)

Imprimis Urology, PC está autorizado a divulgar cualquier información médica necesaria en la tramitación de las solicitudes de cobertura financiera para el servicio (s) previsto. Imprimis Urology, PC esta autorizado a proporcionar información a las organizaciones de salud o legales que participen en mi atención a lo dispuesto por la normativa HIPAA.

Imprimis Urology, PC is authorized to release any medical information necessary in the processing of applications for financial coverage for service(s) provided. Imprimis Urology, PC is further authorized to provide information to other health or legal agencies involved in my care as provided for by current HIPPA regulations.

DISPOSICIONES FINANCIERAS(FINANCIAL ARRANGEMENTS)

En Imprimis Urology, PC nuestro objetivo es proporcionar el mejor cuidado posible y servicios disponibles en cualquier lugar y se hará todo lo posible para lograr este objetivo, siempre que esto se puede hacer sin comprometer la atención prestada. Vamos a presentar su seguro primario como un servicio adicional.

- El pago es debido en el momento del servicio. (Aceptamos efectivo, cheque, VISA, MasterCard, Discover Card, y American Express)
- Cheques de devolución será sujeto a una cuota de \$25.00
- Los saldos de más de 30 días pueden estar sujetos a tasas de colección y cargos adicionales de interés
- Una cuota será cobrada si las citas se pierden sin previo aviso de 24 horas antes de la cancelación

Por favor, tenga en cuenta que Imprimis Urology, PC tiene una relación y responsabilidad a usted y no a su compañía de seguros, a menos que se indique lo contrario por el contacto directo con su compañía de seguros. Vamos a trabajar para ayudar en la adquisición de pago de su compañía y le pedirá que haga lo mismo para ayudar a obtener los pagos de la compañía de seguros. Si no ha sido notificado de pago en el plazo de 30 días de servicio, por favor llame a su compañía de seguros para ayudarnos a garantizar el pago a tiempo. Si surge una situación personal por la cual el pago no se realizara en su totalidad dentro de 45 días, por favor contacte a nuestro Gerente de Seguros y de facturación para que de tal manera se puedan hacer arreglos de pago. No podemos permitir que las cuentas de inactividad, para simplemente ser ignoradas.

At Imprimis Urology, PC, our goal is to provide the best possible care and service available anywhere and every effort will be made to achieve this goal in a cost effective manner, provided that this may be done without compromise to the care delivered. We will file your primary insurance as an additional service.

Payment is due at the time of service. (We accept cash, check, VISA, MasterCard, Discover Card, and American Express) *Return checks will be subject to a \$25.00 fee. *Balances over 30 days may be subject to additional collection fees and interest charges. * A fee will be charged if appointments are missed without 24 hour prior notice of cancellation.

Please note that Imprimis Urology, PC has a relationship with and responsibility to you and not your insurance carrier, unless otherwise stated by direct contract with your insurance carrier. We will work to assist you in the acquisition of payment from your carrier and will ask that you do the same to assist obtaining payments from the insurance carrier. If you have not been notified of payment within 30 days of service, please call your insurance carrier and help us secure prompt payment. If a personal situation arises so that payment is not made in full within 45 days, please contact our Insurance and Billing Manager such that arrangements can be made that might assist you. We cannot allow idle accounts to simply be ignored.

Una cuota será cobrada si las citas se pierden sin previo aviso de 24 horas antes de la cancelación.

I hereby certify that I have read and understand the information above. If I do not understand this information, it has been explained to me.

Firma (Signature)

Nombre en Letra de Molde (Printed Name)

Fecha (Date)



1236 Huffman Mill Road, Suite 2550
Burlington, NC 27215
Phone: (336) 584-6300

Consentimiento del Paciente para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida (Patient Consent for Use and Disclosure of Protected Health Information)

Yo doy mi consentimiento a Imprimis Urology, PC para usar y divulgar la información protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo el tratamiento, pago y operaciones de atención médica (TPO). Aviso de Prácticas proporciona una descripción más completa de tales usos y divulgaciones.

Tengo el derecho de revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. se reserva el derecho de revisar su conocimiento de las prácticas privadas en cualquier momento. Un aviso de prácticas de privacidad pueden ser obtenidas por reenvío una solicitud por escrito a Imprimis Urology, PC Privacy Officer 1236 Huffman Mill Road, Suite 2550, Burlington NC 27215.

Con este consentimiento, Imprimis Urology, PC puede enviar por correo a mi casa o en otra ubicación alternativa de los elementos que asistan a la práctica en seguir su TPO, tales como tarjetas de recordatorio de Cita y estados de cuenta, siempre y cuando sean marcados personales y confidenciales.

Con este consentimiento, Imprimis Urology, PC puede enviar un email a mi casa o en otra ubicación alternativa de los elementos que asistan a la práctica en seguir su TPO, tales como la información de recordatorio de citas, la declaración de los pacientes. Tengo el derecho a solicitar al restringir la forma en que utiliza o divulga mi PHI para llevar a cabo la toma de fuerza.

Sin embargo Imprimis Urology, PC, no está obligado a aceptar mi solicitud de restricción, pero si lo hace, está obligado por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy dando mi consentimiento para utilizar una revelación de mi PHI para llevar a cabo las TPO.

Puedo revocar mi consentimiento en escritura, salvo en la medida en que la práctica ya ha hecho declaraciones en confianza sobre mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento o después lo revoco Imprimis Urology, PC, podrá negarse a brindarme tratamiento.

I hereby give my consent for Imprimis Urology, PC to use and disclose protected information (PHI) about me to carry out treatment, payment, and health care operations (TPO). Imprimis Urology, PC Notice of Privacy Practice provides a more complete description of such uses and disclosures. I have the right to review the Notice of Privacy Practice prior to signing this consent. Imprimis Urology, PC reserves the right to revise its Notice of Privacy Practices at anytime. A revised Notice of Privacy Practices may be obtained by forwarding a written request to Imprimis Urology, PC Privacy Officer at 1236 Huffman Mill Road, Suite 2550, Burlington, NC 27215. With this consent, Imprimis Urology, PC may call my home or other alternative location and leave a message on voicemail or in person in reference to any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminders, insurance items, referral information, and any calls pertaining to my clinical care, including laboratory, radiology and any other results. With this consent, Imprimis Urology, PC may mail to my home or other alternative location any items that assist the practice carrying out TPO, such as appointment reminder cards and patient statements as long as they are marked Personal and Confidential. With this consent Imprimis Urology, PC may email to my home or other alternative location any items that assist the practice in carrying out TPO, such as appointment reminder information, patient statement. I have the right to request that Imprimis Urology, PC restrict how it uses or discloses my PHI to carry out TPO. However Imprimis Urology, PC is not required to agree to my requested restriction, but if it does, it is bound by this agreement. By signing this form, I am consenting to Imprimis Urology, PC use and disclosure of my PHI to carry out TPO. I may revoke my consent in writing except to the extent that the practice has already made disclosures in reliance upon my prior consent. If I do not sign this consent or later revoke it, Imprimis Urology, PC may decline to provide treatment to me.

Firma del paciente o Guardián Legal (Signature of Patient or Legal Guardian)

Fecha (Date)

Nombre del paciente o Guardián Legal
(Printed Name of Patient or Legal Guardian)

Si no es el paciente, especifique relación o información
POA
(If not patient, relation or POA information_