



POLÍTICA FINANCIERA

Estamos dedicados a brindar a nuestros pacientes la mejor atención posible. Nosotros creemos que establecer y comunicar una política financiera a nuestros pacientes es parte de una buena práctica de atención médica. Para alcanzar estos objetivos, necesitamos su asistencia y su entendimiento de nuestra política de pago.

Con fines de identificación, pedimos una copia de su tarjeta de seguro e identificación o licencia de conductor.

PAGO: Se espera en el momento de nuestra visita. Aceptamos efectivo, tarjetas de crédito (Visa o Mastercard). El pago incluye cualquier monto de deducible, coseguro, copago no pagado, o cargos no cubiertos por nuestra compañía de seguro. Si usted no está asegurado, o su cobertura está actualmente bajo una cláusula sobre condiciones preexistentes, se espera pago por completo en el momento de brindar el servicio.

NO SEGURO: Todos los servicios son realizados por pago en efectivo, pagado por completo en el momento de brindar el servicio. Ofrecemos tarifas descontadas para pacientes sin seguro médico.

SEGURO: Es su responsabilidad asegurarse de que nuestro médico participa en su plan específico, si nuestro médico no es proveedor participante de su plan, usted todavía puede seleccionar nuestra oficina para su atención médica, usted recibirá beneficios fuera de la red y quedará responsable del saldo adeudado. Usted es responsable de obtener una referencia/autorización debidamente fechada por su asegurador y es responsable del pago si su reclamo es rechazado o por falta de uno. Deducibles, coseguros y copagos son debidas a la hora de servicio.

MEDICARE: Debemos tener una copia de su tarjeta de Medicare y cualquier otro seguro secundario que pueda tener. Aceptamos asignación con reclamos de Medicare, esto significa, que usted será responsable solo de su deducible y 20% de los cargos permitidos. Hay ciertos procedimientos y artículos que son servicios **NO CUBIERTOS** para pacientes con Medicare. Si usted necesita tales servicios, usted será notificado que no son cubiertos y en el caso que usted decide recibir tales servicios en esta oficina, ellos deben ser pagados en efectivo a la hora de servicio.

CHEQUES DEVUELTOS: Se cobrará un cargo de 25 USD. Se le pedirá que traiga efectivo, o giro postal para cubrir el monto del cheque, más el cargo de 25 USD.

LLENADO DEL FORMATO: Se cobrará un cargo de 20 USD para completar formatos médicos y cartas solicitadas por el paciente.

LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN: Por la presente autorizo el The Urology Center of Southern California Medical Group, Inc. a liberar toda información necesaria para sustanciación del reclamo y pago a agencias gubernamentales, aseguradoras, u otros económicamente responsables de tal atención profesional y médica.

PRINCIPIOS DE CONTABILIDAD: Los pagos y créditos se aplican primero a los cargos más viejos, con excepción de los pagos de seguros que se aplican en el día correspondiente del servicio.

PADRES DIVORCIADOS de PACIENTES: Al firmar a continuación, el adulto que registra un niño menor en nuestra institución acepta la responsabilidad de los pagos. Esta oficina promete no enviar facturas o registros por razones de pago o comunicación al orto padre/tutor. Nosotros nos comunicáramos sobre el tratamiento y el pago con el padre que registra ese día. Los padres son responsables de comunicarse entre sí sobre el tratamiento y el pago.

Aquellas cuentas con saldos pendientes superiores a los 90 días pueden ser remitidas a una agencia de cobros. Entiendo que si mi cuenta alcanza el estado de la colección, cualquier cargo adicional debido a esto será agregado a mi saldo pendiente. Esto incluye pero no se limita a cargos por pago tardío, cuotas de la agencia de cobros, costos judiciales, intereses y cuotas legales. Entiendo que estos cargos adicionales serán mi responsabilidad personal de ser pagados por completo.

Si usted experimenta dificultades financieras en cualquier momento, por favor, comunique esta situación a esta oficina. Podemos ser capaces de ayudarlo mediante establecer un arreglo de pagos.

Doy mi consentimiento para la autorización la administración y prescripción de todos tratamientos que pueden ser considerados como recomendables, prudentes y necesarios, al ser explicados a mí. Por este medio autorizo exámenes médicos rutinarios, exámenes urológicos, pélvicos y rectales como indicado, extracciones de sangre, cualquier examinación y biopsia endoscópica, cistoscopia, y urológica en la oficina, al ser necesarios e indicados, y al ser explicados a mí. Autorizo el tratamiento de mi hijo/hija, si alguien más lo trae, en el evento que yo sea incapaz de traer el niño personalmente. Entiendo que soy económicamente responsable por todos los gastos independientemente de la cobertura de seguros.

Leí y entendí la política financiera y estoy de acuerdo en que quedo obligado por sus condiciones. Y también entiendo y estoy de acuerdo que ciertos condiciones pueden ser cambiados de vez en cuando por esta oficina.

Firma del paciente (o garante, si aplicable): _____ Fecha: _____

Nombre del paciente con letras mayúsculas: _____



Consentimiento para Comunicación Médica

Nombre del paciente (apellido, nombre, inicial del segundo nombre):

Fecha de nacimiento: _____

Autorizo el Centro Urológico de California Sur (The Urology Center of Southern California) y el personal médico a divulgar mi información médica (incluyendo historia, diagnóstico, laboratorios, resultados de pruebas, tratamiento y otra información médica) con los contactos enunciados a continuación.

Nombre

Relación con el paciente

Datos de
contacto

Por mi firma debajo, reconozco que he leído y entendido la información proporcionada en este Formato de Consentimiento.

Nombre del paciente: _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



UCOSC THE UROLOGY CENTER of
SOUTHERN CALIFORNIA
Innovative and Comprehensive Urological Care

Registración de Paciente

Información del Paciente	Apellido	Nombre	Inicial	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento / /	Teléfono/ casa ()
	Dirección	Apt#	Ciudad	Estado	ZIP	
	Teléfono Celular	Seguro Social: Licencia de Conducir:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero/a <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Viuda/o			
	Ocupación	Nombre de Empleador/ Dirección				
	Cuidad	Estado	ZIP	Teléfono/Trabajo		
	Contacto encaso de emergencia			Relación		Teléfono
	Correo Electrónico			Contacto de Preferencia <input type="checkbox"/> Teléfono/Casa <input type="checkbox"/> Teléfono/Celular		
	¿Cómo se entero usted de nosotros? <input type="checkbox"/> Dr. _____ <input type="checkbox"/> Hospital: _____ <input type="checkbox"/> Plan de seguro: _____ <input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> Paginas amarillas <input type="checkbox"/> Sitio Web UCOSC <input type="checkbox"/> Healthgrades.com <input type="checkbox"/> Inland Empire Revista <input type="checkbox"/> Otro sitio web: _____					

Información de Seguros	Seguro Primario- Nombre y dirección				Teléfono
	Nombre del Asegurado		# de identificación medica	# del Grupo	Fecha de nacimiento / /
	Relación del Paciente al Asegurado: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros				
	Persona responsable si el paciente es un menor de edad: Nombre			Relación:	
	Seguro Social de Persona Responsable:			Fecha de nacimiento de persona responsable: / /	
	Seguro Secundario-Nombre y dirección				Teléfono
	Nombre de Asegurado		# de identificación medica	# del Grupo	Fecha de nacimiento / /
Relación del Paciente al Asegurado: <input type="checkbox"/> Si mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otros					
La información anterior esta correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a mi seguro que pague los beneficios directamente al médico. Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance. Yo también autorizo a The Urology Center of Southern California Medical Group o la compañía de seguro liberar toda la información necesaria para procesar mis reclamos.					
Paciente/ Guardián Firma:				Fecha	

Historia Clínica del Paciente y Revisión de Sistemas

Fecha _____
 Nombre _____
 Correo electrónico: _____
 Médico remitente: _____
 Médico de familia: _____

¿Cuál es la razón de su visita?
 1.) _____
 2.) _____

HISTORIA CLÍNICA PREVIA

¿Ha padecido usted de:	Año	Cirugías	Año
Polio	sí no	Anginas	sí no
Meningitis	sí no	Apéndice	sí no
Tuberculosis	sí no	Vesícula	sí no
Malaria	sí no	Estómago	sí no
Enfermedades veneras	sí no	Seno	sí no
Cáncer	sí no	Matriz/ovarios	sí no
Tipo....		Próstata	sí no
Úlcera/ERGE	sí no	Hernia	sí no
Artritis	sí no	Hemorroides	sí no
Bronquitis	sí no	Corazón	sí no
Asma	sí no	Bypass coronario	sí no
Enfisema/EPOC	sí no	Columna vertebral	sí no
Hipertensión	sí no	Otras _____	
Enfermedad cardíaca	sí no		
Anemia	sí no		
Enfermedad prostática	sí no	Lesión en:	
Diabetes	sí no	La cabeza	sí no
Colesterol elevado	sí no	El abdomen	sí no
Tendencia a hemorragias	sí no	La espalda	sí no
Infecciones de la vejiga	sí no		
Enfermedad del riñón	sí no		
Glaucoma	sí no		
Hernia	sí no		
Hepatitis	sí no		
HIV	sí no		

Alergias (¿Es usted alérgico a:)
 Antitoxina tetánica sí no
 Penicilina sí no
 Sulfamida sí no
 Otras drogas sí no
 Enumerar: _____

Medicamentos regularmente tomados	Razón	Dosis (mg por día)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Adjunte una lista de medicamentos adicionales:

HISTORIAL SOCIAL

Fecha de nacimiento _____ Estado civil S C V D
 Hijos Niños _____ Niñas _____
 Ocupación _____ Recreación _____
 Educación hasta grado _____ Horas de sueño _____ (habituales)
 Ejercicio _____
 Promedio diario:
 Alcohol (tipo) _____ ¿Cuántos? _____ Dejar _____
 Tabaco (tipo) _____ ¿Cuántos? _____ Dejar _____
 Té, café _____

Raza

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Afroamericano Nativo de Hawái o Ilesño del Pacífico
 Blanco No sabe/No contesta

Etnicidad: _____

HISTORIA FAMILIAR - ¿Ha tenido alguien de su familia (consanguíneos):

Marque con un círculo sí o no – en caso que sí especificar parentesco

Cálculos renales	sí no	_____
Enfermedad Cardíaca	sí no	_____
Cáncer de mama	sí no	_____
Cáncer der riñón	sí no	_____
Hipertensión	sí no	_____
Cálculos renales	sí no	_____
Enfermedad mental	sí no	_____
Diabetes	sí no	_____
Gota	sí no	_____
Cáncer de próstata	sí no	_____
Cáncer de vejiga	sí no	_____
Otro tipo de cáncer	sí no	_____

Orta: _____

Edad actual o edad a la muerte
 si vive, su salud es (bueno, regular, pobre) si falleció, razón de la muerte

Padre _____

Madre _____

Hermanos _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Hijos _____

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

Farmacia

¿En cuál farmacia surte sus recetas?
 (Enviamos sus recetas de forma electrónica a su farmacia.)

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

Historia Clínica del Paciente y Revisión de Sistemas

Nombre de paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Ha padecido usted recientemente de: Marque con un círculo 'sí' o 'no';
si tiene dudas deje en blanco

General

Fatiga o debilidad sí no
Fiebre persistente sí no

Piel

Erupción cutánea (sarpullido) sí no
Cambios de color sí no

Ojos

Problemas para ver sí no
Dolor de los ojos sí no

Oídos

Pérdida de audición sí no

Nariz

Pérdida del olfato sí no
Hemorragias nasales sí no

Boca

Problemas dentales sí no

Garganta

Ronquera sí no

Sistema cardio-respiratorio

Tos persistente sí no

Sistema respiratorio

Dificultad para respirar sí no

Sistema cardíaco

Molestia o dolor torácico sí no
Palpitaciones cardíacas sí no

Sistema gastrointestinal

Nausea sí no
Vómito sí no

Sistema músculo esquelético

Debilidad de musculo sí no
Dolor de coyuntura sí no

Sistema nerviosa

Dolores de Cabeza sí no
Mareos sí no

Sistema genitourinario

Aumento de frecuencia
urinaria (durante el día) sí no
cada _____ horas
Aumento de frecuencia
urinaria (durante la noche) sí no
_____ veces
Necesidad de orinar mucho
sin pasar mucha orina sí no
Flujo lento sí no
Vacilación sí no
Vaciado incompleto sí no
Dolor o ardor sí no
Sangre en la orina sí no
Retención urinaria sí no
Urgencia de orinar sí no
Incontinencia imperiosa sí no
Escape de orina cuando
tose/estornuda sí no
Usa usted productos para la
incontinencia urinaria sí no
_____ toallas por día
Secreción de la uretra sí no
Secreción vaginal sí no
Dolor en la punta del pene sí no
Dolor en testículos sí no
Bulto en los testículos sí no
Impotencia sí no
Ausencia de impulso sexual sí no
Dolor con la relación sexual sí no

Enfermedad Infecciosa

Hepatitis sí no
HIV sí no



Política de Privacidad

Esta Política de Privacidad contiene las prácticas de confidencialidad de <https://patients.ucosc.com/patientportal>.

Esta Política de Privacidad sólo es aplicable a la información recopilada por este sitio web. Le notificará sobre lo siguiente:

- Qué información de identificación personal se recopila a través del sitio web, cómo es utilizado y con quién puede ser compartido.
- Las opciones que tiene con respecto al uso de sus datos personales.
- Los procedimientos de seguridad que empleamos para proteger sus datos personales ante uso inadecuado.
- Cómo puede corregir cualquier inexactitud en la información.

Recopilación, uso y divulgación de información

Somos el único propietario de la información recopilada en este sitio web. Solamente tenemos acceso para/recopilamos la información que usted voluntariamente nos da vía correo electrónico u otro contacto directo de usted. No vendemos ni alquilamos esta información a nadie.

Utilizaremos su información para responderle a usted, respecto a la razón por la que se contactó con nosotros. No compartiremos su información con ningún tercero fuera de nuestra organización, más que los necesarios para cumplir su solicitud, por ejemplo hacer un pago por servicios.

A menos que usted nos pida que no lo hagamos, podremos contactarlo vía correo electrónico en el futuro para informarle sobre ofertas, nuevos productos y servicios, o cambios en esta Política de Privacidad.

Su acceso para y Control sobre la Información

Usted puede quitarse de la lista para cualquier contacto futuro de nuestra parte en cualquier momento. Usted puede hacer lo siguiente en cualquier momento contactándose con nosotros vía la dirección de correo electrónico o el número de teléfono dado en nuestro sitio web:

- Ver qué datos tenemos sobre usted, si los tenemos.
- Cambiar/corregir cualquier dato que tenemos sobre usted.
- Hacer que eliminemos cualquier dato que tenemos sobre usted.
- Expresar cualquier inquietud que usted tiene sobre el uso de sus datos.

Seguridad

Tomamos precauciones para proteger su información. Cuando usted envía información confidencial vía el sitio web, su información es protegida tanto en línea como fuera de línea.

De cualquier manera que recolectemos información confidencial (como datos de tarjeta de crédito), esa información es encriptada y transmitida a nosotros de una manera segura. Usted puede verificar esto buscando un icono de candado cerrado en el extremo inferior de su explorador de Internet, o buscando "https" al principio de la dirección de la página web.

Mientras usamos encriptación para proteger información confidencial transmitida en línea, también protegemos su información fuera de línea. Sólo a empleados que necesitan la información para llevar a cabo un trabajo específico (por ejemplo, la facturación o el servicio al cliente) se les concede el acceso a la información personal identificable. Las computadoras / servidores en los que guardamos la información personalmente identificable son guardadas en un ambiente seguro.

Actualizaciones

Nuestra Política de Privacidad puede ser cambiada a vez en cuando y todas las actualizaciones van a ser publicadas en este sitio web.

Si usted siente que no estamos respetando estas políticas de privacidad, por favor póngase en contacto con nosotros al teléfono [951-735-2700](tel:951-735-2700) o invoices@ucosc.com.



UCOSC | THE UROLOGY CENTER of
SOUTHERN CALIFORNIA®
Innovative and Comprehensive Urological Care

AVISO DE RECEPCIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
CARTA DE CONFIRMACIÓN POR ESCRITO

Yo, _____, recibí una copia del Aviso de
Prácticas de Privacidad del GRUPO MÉDICO EL CENTRO UROLÓGICO
DE CALIFORNIA SUR (THE UROLOGY CENTER OF SOUTHERN
CALIFORNIA MEDICAL GROUP).

Firma del paciente

Fecha