

BROWARD UROLOGY
 Eliecer Kurzer, M.D., M.P.H.
 Michael Simon, M.D.
 1951 SW 172 Ave, Suite 300
 Miramar, Florida 33029
 Tel (954) 499-7696 | Fax (954) 499-7699
www.browardurology.com

FAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE

FECHA DE HOY: _____
 APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____
 DIRECCIÓN: _____ APT #: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
 TELÉFONO DE CASA: _____ CELULAR: _____ TRABAJO: _____
 EMAIL: _____ PCP: _____ PCP NUMBER: _____

NOSOTROS PODEMOS DEJAR MENSAJES, RESULTADOS, MENSAJES DE CONFIRMACIÓN DE CITAS, EN LOS ANTERIORES
 TELÉFONOS: POR FAVOR ENCIERRE EN UN CÍRCULO SU RESPUESTA:

CASA: SI NO CELULAR: SI NO TRABAJO: SI NO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
 ESTADO CIVIL: (Encierre en un círculo) SOLTERO (A) CASADO (A) VIUDO(A) DIVORCIADO(A)

EMPLEADOR: _____
 DIRECCIÓN DE EMPLEADOR: _____
 CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

INFORMACIÓN ACERCA DE PÓLIZA DE SEGURO

ES LA CONDICIÓN RELACIONADA CON: TRABAJO: _____ FECHA DE ACCIDENTE: _____
 ACCIDENTE DE TRÁNSITO: _____ FECHA DE ACCIDENTE: _____

NOMBRE DEL REPRESENTANTE
 LEGAL DEL PACIENTE: _____ TELÉFONO: _____

SEGURO PRIMARIO

SEGURO SECUNDARIO

NOMBRE DEL ASEGURADO: _____	NOMBRE DEL ASEGURADO: _____
NOMBRE DE SEGURO: _____	NOMBRE DE SEGURO: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
CITY: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____	CITY: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____
PHONE: _____	PHONE: _____
# DE POLIZA: _____	# DE POLIZA: _____
GRUPO #: _____	GRUPO #: _____

CONVENIO FINANCIERO:

YO AUTORIZO LA LIBERACIÓN DE CUALQUIER PAGO Y DE LA INFORMACIÓN MÉDICA NECESARIA PARA PROCESAR ESTE RECLAMO Y LOS RECLAMOS RELACIONADOS.

YO TAMBIÉN ENTIENDO QUE SOY FINANCIERAMENTE RESPONSABLE POR AQUELLOS CARGOS QUE NO SEAN CUBIERTOS POR MI COMPAÑÍA DE SUGUROS.

YO TAMBIÉN ENTIENDO QUE SI ÉSTA CUENTA ES ENTREGADA A UNA AGENCIA DE COLECCIONES O A NUESTROS ABOGADOS, TODOS LOS CARGOS SERÁN RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE/ GARANTE.

FIRMA: _____ FECHA: _____



Elicer Kurzer, M.D., M.P.H.
Michael Simon, M.D.

Broward Urology

Patient Chart Portal Access

Date: _____

Patient Name: _____ DOB: _____

Dear patient.

In order to have access to your Broward Urology Patient Portal, we require the following information.

Please PRINT your personal email address: _____

Please provide a user name of your choosing: _____

Once your information is entered, an email will be sent to you with instructions on how to log in to.

<https://patientportal.intrinsiq.com/1038>

Please maintain this information in a private safe place. You will be prompted to change your password again in order to gain access. Should you have any questions please feel free to contact us.

Messages and requests sent to your doctor's office are NOT monitored 24/7.
If you are experiencing a medical emergency, you should call 911 immediately.
Results will not be review under the Patient Portal; you must follow up for results.

Formulario de consentimiento de la Ley de Protección Telefónica del Consumidor

La comunicación activa con nuestros pacientes es un elemento clave para proporcionar servicios de atención medical de alta calidad. Con ese fin, 21st Century Oncology desea comunicarle información actualizada sobre los servicios y funciones de atención médica de la manera más efectiva posible, incluyendo mensajes telefónicos y de texto automatizados. Leyes federales requieren que obtengamos su consentimiento antes de comunicarnos con usted por estos medios. Por favor, lea y firme a continuación para que podamos comunicarnos con usted para este propósito tan importante. Le pedimos disculpas por la formalidad de este consentimiento, pero la ley así nos lo exige.

Yo, «PatientFullName» autorizo el uso de mi información personal, el nombre de mi proveedor de atención medica, el lugar y la hora de mi cita y cualquier otra información, con el propósito de notificarme de una cita pendiente, una cita perdida, un examen médico vencido, saldos adeudados, resultados de laboratorio o cualquier otra función relacionada con mi atención médica. Doy mi consentimiento para recibir múltiples mensajes diarios de mi proveedor de atención médica cuando sea necesario y doy permiso para dejar mensajes en mi contestador automático o con otra persona si no estoy disponible en el número que yo les proporcione.

También autorizo a cualquiera de los contratistas independientes y/o afiliados (colectivamente, la "Practica") de «PracticeName» para que se comuniquen conmigo mediante el uso de cualquier equipo de comunicación, voz artificial o voz pregrabada u otro sistema de mensajería a cualquier número de teléfono asociado con mi cuenta, incluidos los números de teléfono inalámbricos que les haya proporcionado o que se encontraran por métodos de rastreo, incluso si se me cobra por la llamada, así como a través de cualquier dirección de correo electrónico u otra información de contacto personal suministrada por mí. Doy consentimiento expreso para recibir dichas llamadas automatizadas. Entiendo que, según mi plan, se podrían aplicar cargos a ciertas llamadas o mensajes de texto.

Firma del paciente (o firma del Representante Autorizado)

Nombre del paciente

Fecha

PERMISO DEL PACIENTE PARA COMUNICAR INFORMACION A CIERTOS INDIVIDUOS

Nuestros médicos y su personal saben cuán importante es comunicarse con usted sobre su atención médica. Al completar este formulario, nos da permiso para enviar mensajes y/o discutir información sobre su atención medica con las personas indicadas a continuación. Entiendo que puedo cancelar y/o actualizar esta información en cualquier momento notificando a un representante del consultorio médico.

1. Doy permiso a los médicos y su personal a discutir información médica, de facturación y de seguro con los individuos enumerados a continuación (ejemplo: conyugue, familiares, amigos, etc.). Entiendo que mi proveedor de atención medica usara juicio profesional para determinar qué información sobre mi atención medica se podrá discutir con las personas designadas a continuación*:

Individuo	Relación al paciente	Teléfono

Paciente/Representante autorizado:

Firma** _____ Fecha: _____ Hora: _____

Nombre impreso del Representante autorizado: _____

Relación al paciente: _____

****Si un representante autorizado firma este formulario, documentación legal respaldando la autorización debe acompañar este formulario.**

*21st Century Oncology se reserve expresamente el derecho de revelar información a otras personas que pueden no estar en la lista si HIPAA así lo permite e incluya, entre otras cosas, divulgaciones referidas al tratamiento, pago u operaciones de atención medica.

Formulario de autorización de asignación

responsabilidad del paciente y divulgación de información

21st Century Oncology

DBA

PO Box 862152

Orlando, FL 32886-2152

Yo, quien suscribe, cedo al prestador/entidad mencionado anteriormente ("Prestador") mis derechos y beneficios respecto de todo plan de seguro médico, de beneficios de salud u otras fuentes de pago de servicios de atención médica (cada una de ellas denominada "Plan") relacionadas con servicios médicos brindados por el Prestador, sus empleados y representantes. Comprendo que este documento constituye una cesión directa de los derechos y beneficios incluidos en mi Plan.

Autorizo a mi compañía de seguros a pagar directamente al Prestador los beneficios de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona. En el caso de que mi póliza actual prohíba el pago directo al Prestador, indico a la compañía de seguros que libere el cheque por los beneficios de mi Plan de costos médicos o profesionales a pagar a mi persona a mi nombre, como pago a cuenta de los cargos totales por servicios prestados; y que lo envíe directamente a la dirección de apartado postal arriba mencionada. Además, acepto y comprendo que todos los fondos que recibo de parte de la compañía de seguros con respecto a los servicios prestados por el Prestador se le deben al Prestador y acepto enviárselos directamente a este.

Responsabilidad del paciente

Reconozco y acuerdo que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados que mi Plan no cubra o que, según mi Plan, me corresponda pagar a mí. En la medida que no exista cobertura en mi Plan, reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios brindados y acepto pagar los que mi Plan no cubra.

Divulgación de información

Autorizo al Prestador o sus representantes a divulgar cualquier tipo de información médica o de otra índole que ellos posean sobre mí para mi Plan, la Administración de Seguridad Social, cualquier agencia administrativa estatal, sus intermediarios o agentes fiscales, exigida o solicitada, que guarde relación con cualquier reclamación sobre servicios que me haya brindado el Prestador.

Una fotocopia de esta Cesión/Autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Firma del paciente/persona legalmente responsable

Fecha

Aclaración del nombre del paciente/persona legalmente responsable

Fecha

Relación con el paciente (si firma la persona legalmente responsable)

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
21st Century Oncology

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN Y CÓMO PUEDE ACCEDER USTED A ESTA INFORMACIÓN. LÉALO ATENTAMENTE.

Cada vez que visita a nuestros médicos o recibe tratamiento, se procede al registro de su visita. Este registro puede contener sus síntomas, resultados de exámenes y análisis, diagnósticos, tratamiento, un plan de cuidados o tratamiento a futuro e información relacionada con la facturación. Este aviso se aplica a todos los registros de atención que genere su médico.

Nuestras responsabilidades

Por ley, debemos mantener la privacidad de su información médica protegida, darle aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad respecto de dicha información y notificar a todas las personas afectadas si ocurriera una violación a este tipo de información que no tenga garantía. Obraremos de conformidad con los términos del aviso vigente en este momento.

Usos y divulgaciones: cómo podríamos utilizar y divulgar su información médica protegida

Para tratamiento: Podemos utilizar este tipo de información para brindarle tratamiento o servicios. Podemos revelar información médica protegida sobre usted a médicos, enfermeras u otro personal involucrado en su cuidado. Por ejemplo, es probable que debamos comunicarnos con su médico de cabecera para planificar su tratamiento y seguimiento.

Para pagos: Podemos utilizar y divulgar información médica protegida sobre su tratamiento y servicios para facturarlos y cobrárselos a usted, a su compañía de seguros o a otro pagador. Por ejemplo, es probable que debamos brindar información sobre su diagnóstico a la compañía de seguros para que nos pague o le reintegre a usted el pago del tratamiento.

Para operaciones del cuidado de la salud: De ser necesario, podemos utilizar o divulgar su información médica protegida para ejercer nuestra práctica. Por ejemplo, los miembros del cuerpo médico o del equipo de mejora de calidad pueden utilizar la información de su historia clínica para evaluar los cuidados y resultados de su caso y otros similares. Los resultados posteriormente se utilizarán para continuar mejorando la calidad de atención para todos nuestros pacientes.

Además, podríamos utilizar y divulgar información médica protegida para:

- socios comerciales contratados para prestar un servicio acordado
- recordarle que tiene un turno médico
- evaluar su nivel de satisfacción respecto de nuestros servicios
- informarle posibles tratamientos alternativos
- informarle beneficios o servicios relacionados con la salud
- realizar una gestión de caso o actividades de coordinación de cuidados
- contactarlo como parte de nuestro esfuerzo para recaudar fondos, si lo hubiera, aunque puede optar por no recibir este tipo de comunicaciones
- informar a los directores de funerarias de conformidad con la ley vigente
- actividades basadas en la población que tienen que ver con la mejora de la salud o la reducción de los costos de asistencia médica
- llevar a cabo programas de capacitación o evaluar la competencia de los profesionales de la salud

Personas involucradas en su atención o en el pago de esta: Podemos divulgar información médica protegida suya a un amigo o familiar que participe de su atención médica o que lo ayude a pagarla.

Investigación: Podemos divulgar información a investigadores si así lo aprueba un consejo de revisión institucional, con los amparos adecuados para garantizar la privacidad de su información médica y de cualquier otra forma permitida por ley.

Comunicaciones futuras: Podemos comunicarnos con usted por medio de boletines informativos, correos masivos u otros medios para brindarle información sobre tratamientos alternativos, el cuidado de la salud, programas de manejo de enfermedades o de bienestar u otras iniciativas o actividades comunitarias en las que participe nuestro centro.

Según lo exija la ley, también podemos divulgar información a los siguientes tipos de entidades, entre otros:

- la Administración de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos
- autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones, discapacidades u otras amenazas contra la salud o la seguridad
- instituciones correccionales (si está bajo la custodia de una de ellas o de un agente del orden público)
- representantes de aseguradoras del riesgo del trabajo
- organizaciones de donación de órganos y tejido
- autoridades de comandos militares
- agencias de supervisión de la salud
- directores de funerarias, médicos forenses y médicos examinadores
- agencias de seguridad e inteligencia nacional
- servicios de protección al presidente y otros

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD 21st Century Oncology

Orden público/procedimientos legales: Según lo exija la ley, podemos divulgar información médica para fines de orden público o en respuesta a un requerimiento u orden judicial válidos.

Otros usos de su información médica protegida que requieren de su autorización

Solo se podrá utilizar y divulgar información suya relacionada con la publicación de notas psicoterapéuticas (si las hubiere mercadotecnia venta de su información protegida u otros casos no descritos en este aviso ni exigidos por ley, con su permiso escrito por separado. Si nos autoriza a utilizar o divulgar su información médica protegida, puede anular dicha autorización por escrito en cualquier momento. En el caso de anular la autorización, ya no utilizaremos ni divulgaremos su información por los motivos que en ella se describen. Usted comprende que es imposible para nosotros recuperar divulgaciones ya realizadas con su consentimiento y que nos exigen conservar los registros de la atención que le brindamos.

Sus derechos sobre la información médica

Si bien su historia clínica es propiedad física del profesional o del centro que la compiló, usted tiene derecho a:

- Inspeccionar y copiar la información médica protegida. Puede comunicarse con nosotros para solicitar acceso a su historia clínica. Puede solicitar que enviemos la información directamente a otra persona según sus instrucciones escritas y firmadas. Nosotros podemos rechazar su solicitud de inspeccionar y copiar su historia clínica en determinadas circunstancias limitadas. En algunos casos, si se le niega el acceso a la información médica protegida, puede solicitar la revisión de la negación. Otro profesional del cuidado de la salud autorizado y elegido por nosotros, revisará su solicitud y la negación. Esta persona que lleve a cabo la revisión no será la misma que rechazó su solicitud. Acataremos el resultado de la revisión. Nos reservamos el derecho de cobrarle un monto razonable para cubrir el costo de brindarle una copia de su historia clínica.
- Solicitar una corrección. Si usted considera que la información médica protegida que tenemos sobre usted es incorrecta o incompleta, puede presentar una solicitud de corrección de dicha información por escrito, explicando los motivos que la sustentan. Tiene derecho a solicitar la corrección de la información durante el tiempo que la conservemos o que se conserve para nosotros. Podemos rechazar su pedido de corrección; de ser el caso, se le notificará el motivo del rechazo.
- Solicitar un recuento de las divulgaciones. Es una lista de determinadas divulgaciones que realizamos de su información médica protegida para otros fines que no sean de tratamiento, pago, operaciones para el cuidado de la salud u otros fines determinados permitidos.
- Solicitar restricciones o limitaciones sobre la información médica protegida que utilizamos o divulgamos sobre usted para tratamiento, pagos u operaciones para el cuidado de la salud. Además, tiene derecho a solicitar una limitación de la información médica protegida que divulgamos a una persona involucrada con su atención o con el pago de su atención, como puede ser un familiar o un amigo. Por ejemplo, puede solicitar que no utilicemos ni divulguemos información acerca de alguna cirugía que se le haya practicado. No estamos obligados a aceptar su solicitud, salvo en los casos que figuran a continuación. En el caso de aceptarla, cumpliremos con su solicitud salvo que la información se necesite para brindarle tratamiento de emergencia. En el caso de que nos solicite que no divulguemos su información médica a su plan de salud, lo cumpliremos siempre y cuando (i) la divulgación se debiera a un pago u operaciones para el cuidado de la salud y no sea de otro modo exigida por ley y (ii) dicha información esté relacionada solo con elementos o servicios pagados en su totalidad por alguien que no sea su plan de salud.
- Solicitar comunicaciones confidenciales. Tiene derecho a solicitar que nos comuniquemos con usted por razones médicas de determinada manera o en determinado lugar. Por ejemplo, puede solicitar que lo contactemos en el trabajo o por correo postal. Solo autorizaremos solicitudes de comunicaciones confidenciales en ubicaciones alternativas o por medios alternativos si se presentan por escrito, indicando la dirección de correo donde recibirá las facturas por los servicios prestados y la correspondencia relacionada con el pago de los servicios. Tenga en cuenta que nos reservamos el derecho de contactarlo por otros medios y en otras ubicaciones en el caso en que no responda a alguna comunicación que requiera de respuesta.
- Una copia impresa de este aviso. Puede solicitarnos en cualquier momento que le entreguemos una copia de este aviso. Incluso en el caso de haber aceptado recibir este aviso por medio electrónico, tiene derecho a que le entreguen una copia impresa. Puede obtener una copia de este aviso en nuestra página Web www.21stcenturyoncology.com.

Cambios a este aviso

Nos reservamos el derecho a cambiar este aviso; la versión revisada será efectiva para la información que ya tenemos sobre usted, así como cualquier información que recibamos en el futuro. El aviso actualizado se publicará en el centro de atención e incluirá la nueva fecha de entrada en vigencia. Habrá copias disponibles en nuestro sitio web y le entregaremos una cuando regrese al centro luego de la fecha de entrada en vigencia.

Quejas

Si usted considera que se violaron sus derechos a la privacidad, puede llamar a nuestro Oficial Responsable de asuntos de privacidad al número gratuito 1-866-679-8944 o comunicarse con el Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos para presentar una queja.

No se lo sancionará por presentar una queja.

Para obtener más información, comuníquese con:

Oficial Responsable de asuntos de privacidad

2270 Colonial Boulevard

Fort Myers, FL 33907

1-866-679-8944

ACUSE DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Por medio de la presente admito que:

Se me entregó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad.

En el caso de haber ingresado para recibir tratamiento médico en una situación de emergencia, se me entregó el aviso apenas fue posible luego de la situación de emergencia.

Firma del paciente o representante

Fecha

Aclaración del nombre del paciente o representante

.....
PARA USO EXCLUSIVO DEL CONSULTORIO

En el caso de no poder conseguir el acuse de recibo, complete la siguiente información:

Nombre del paciente: _____

Fecha en la que se intentó conseguir el acuse: _____

Motivo por el que no se consiguió:

- El paciente/familiar recibió el aviso, pero se negó a firmar el acuse
- Situación de tratamiento de emergencia
- El paciente no estaba en condiciones de firmarlo y no había ningún familiar presente
- La comunicación fue impedida por el idioma
- Otro (describir abajo)

Firma del empleado

Fecha

Language Assistance Services for Individuals with Limited English Proficiency

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Please call (833)-796-9684

Spanish / Español:

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Por favor, póngase en contacto con su oficina médica o llame al (833)-796-9683.

Mandarin / 繁體中文: 注意: 如果您使用繁體中文, 您可以免費獲得語言援助服務。請聯系您的醫生辦公室或請致電 (833)-796-9680。

Vietnamese / Tiếng Việt:

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Vui lòng liên hệ văn phòng bác sĩ của bạn hoặc gọi số (833)-796-9682.

Korean / 한국어:

주의: 한국어, 무료 언어 지원 서비스를 말하는 경우 사용할 수 있습니다. 의사 사무실에 문의하거나(833)-796-9678 로 전화하십시오.

French Creole / Kreyòl Ayisyen:

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Tanpri kontakte biwo doktè ou a oswa rele (833)-590-0265.

Russian / Русский:

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Пожалуйста, обратитесь к врачу или офис Звоните (833)-796-9677.

Armenian / Հայերեն:

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Խնայրում ենք կապվել ձեր բժշկի գրասենյակ կամ Ջանգաղարեք (833)-796-9675.

Italian / Italiano:

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Si prega di contattare l'ufficio medico o chiamare il numero (833)-717-5678.

Persian (Farsi) / فارسی:

توجه: اگر شما فارسی، خدمت کمک زبان، رایگان صحبت می کنند در دسترس شما هستند لطفاً با دفتر پزشکی خود تماس بگیرید و یا پاسخ (833) 5677-717

Portuguese / Português:

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Entre em contato com seu escritório médico ou ligue para (833)-796-9676.

Arabic / العربية:

تنبیه: إذا كنت تتكلم العربية وخدمت المساعدة اللغوية مجاهد توفّر لك. يرجى الاتصال بمكتب الطبيب أو الاتصال (833) 5597-717

Japanese / 日本語: 注意: あなたが日本語を話す場合は、無償で言語支援サービスは、あなたにご利用いただけます。あなたの医師のオフィスにお問い合わせいただくか、(833) 717-5676 までお電話ください。

French / Français:

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. S'il vous plaît contacter votre bureau de médecin ou appelez le (833) 663-6209.

Polish:

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 833-796-9679.

Aviso de No Discriminación

La discriminación es contra la ley

21st Century Oncology cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. 21st Century Oncology no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

21st Century Oncology:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Administrador de la práctica.

Si considera que 21st Century Oncology no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, 2270 Colonial Blvd, Fort Myers, FL 33907, 866-679-8944, CivilRightsCoordinator@21co.com. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Notice of Non-Discrimination

Discrimination is Against the Law

21st Century Oncology complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. 21st Century Oncology does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

21st Century Oncology:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, please contact your physician office.

If you believe that 21st Century Oncology has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, 2270 Colonial Blvd, Fort Myers, FL 33907, 866-679- 8944, CivilRightsCoordinator@21co.com. You can file a grievance in person or by mail, phone, or email. If you need help filing a grievance, the Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and
Human Services 200
Independence Avenue, SW Room
509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

Nombre: _____ Fecha: _____

ALERGIAS: Por favor enumere todo tipo (Medicamentos, estacional, mascotas, ambientales, alimentos):

VIAJES AL EXTRANJERO RECIENTES:

Ninguno: _____ Américas: _____ Otros: _____

MEDICAMENTOS ACTUALES:

Por favor enumere TODOS los medicamentos que está tomando en la actualidad incluyendo aquellos obtenidos sin receta médica:

Nombre del Medicamento	Potencia	Dirección/Cómo toma usted el medicamento

(Adicione lista de ser necesario)

Nombre de la Farmacia: _____ Teléfono: _____

Bajo que método escogió usted nuestra práctica médica:

___ Referido por médico tratante ___ Amigo ___ Páginas Amarillas ___ Compañía de Seguros ___ Otro

BROWARD UROLOGY
 Eliecer Kurzer, M.D., M.P.H.
 Michael Simon, M.D.
 1951 SW 172 Ave, Suite 300
 Miramar, Florida 33029
 Tel (954) 499-7696 | Fax (954) 499-7699
www.browardurology.com

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA: _____

<u>Alérgicos/Inmunológicos</u> <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Animal <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> Otros	<u>Ojos</u> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Otro	<u>Genitourinario</u> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Mojar la cama <input type="checkbox"/> Sangre en la orina <input type="checkbox"/> Gotas de orina <input type="checkbox"/> Ardor al orinar <input type="checkbox"/> Problemas de erección <input type="checkbox"/> Eyacuación precoz <input type="checkbox"/> Dolor en flancos <input type="checkbox"/> Dificultad para comenzar a orinar <input type="checkbox"/> Falla renal <input type="checkbox"/> Infección renal <input type="checkbox"/> Enuresis nocturna <input type="checkbox"/> Nocturia <input type="checkbox"/> Infección de próstata <input type="checkbox"/> Disfunción sexual <input type="checkbox"/> Micción en goteo <input type="checkbox"/> Dolor supra-púbico <input type="checkbox"/> Inflamación de los testículos o escrota <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Frecuencia para orinar <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto Urinario <input type="checkbox"/> Retención urinaria <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Descargas/problemas vaginales <input type="checkbox"/> Chorro de orina débil <input type="checkbox"/> Otros	<u>Musculo-esquelético</u> <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Dolor en el cuello/ rigidez <input type="checkbox"/> Calambres musculares <input type="checkbox"/> Artritis <input type="checkbox"/> Debilidad muscular
<u>Cardiovascular</u> <input type="checkbox"/> Dolor en el pecho/ angina <input type="checkbox"/> Disnea de esfuerzo <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Endurecimiento de las arterias <input type="checkbox"/> Ataque al corazón <input type="checkbox"/> Falla Cardíaca <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/> Ritmo irregular del corazón <input type="checkbox"/> Baja tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> Prolapso de válvula mitral <input type="checkbox"/> Ortopenia <input type="checkbox"/> Dolor/calambres con ejercicio <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> Saltos en el latido del corazón <input type="checkbox"/> Hinchazones <input type="checkbox"/> Otros	<u>Endocrino</u> <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Píuitaria <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Tiroides <input type="checkbox"/> Excesiva sed <input type="checkbox"/> Cansancio/lentitud <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor/ frío <input type="checkbox"/> Otro	<u>Ojos</u> <input type="checkbox"/> Ceguera <input type="checkbox"/> Visión borrosa <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Dolor ocular <input type="checkbox"/> Otro	<u>Neurológico</u> <input type="checkbox"/> Derrame o infarto cerebral <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Problemas de balance <input type="checkbox"/> Entumecimiento/hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Debilidad de brazos y/o piernas <input type="checkbox"/> Pérdida de la memoria <input type="checkbox"/> Problemas del lenguaje
<u>Constitucional</u> <input type="checkbox"/> Aflicción/dolor <input type="checkbox"/> Cambios en apetito <input type="checkbox"/> Moretones con facilidad <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofrío <input type="checkbox"/> Oleadas de calor <input type="checkbox"/> Sudoración nocturna <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Debilidad general <input type="checkbox"/> Insomnio <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Ganancia de peso	<u>Gastrointestinal</u> <input type="checkbox"/> Reflujo <input type="checkbox"/> Nausea/Vómito <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Fecales con sangre <input type="checkbox"/> Retortijones <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Constipación <input type="checkbox"/> Cambio en el movimiento Intestinal <input type="checkbox"/> Hemorroides <input type="checkbox"/> Flatulencia <input type="checkbox"/> Gases <input type="checkbox"/> Sangrado rectal <input type="checkbox"/> Fecales negras <input type="checkbox"/> Otros	<u>Hematológico/Linfático</u> <input type="checkbox"/> Ganglios inflamados <input type="checkbox"/> Problemas de la coagulación De la sangre <input type="checkbox"/> Problemas hemorrágicos <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> H.V./SIDA <input type="checkbox"/> Uso de drogas intravenosas <input type="checkbox"/> Anemia de células Falciformes (Sickle) <input type="checkbox"/> Otros	<u>Psicológico</u> <input type="checkbox"/> Insatisfecho con la vida <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Depresivo <input type="checkbox"/> Ha considerado el suicidio <input type="checkbox"/> Otro
			<u>Respiratorio</u> <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Enfisema Bronquitis <input type="checkbox"/> Alergias ambientales <input type="checkbox"/> Tos frecuente <input type="checkbox"/> Falta de respiración <input type="checkbox"/> Silbancia al bido en los pulmones <input type="checkbox"/> Otro
			<u>Piel</u> <input type="checkbox"/> Acné <input type="checkbox"/> Naoidos o forúnculos <input type="checkbox"/> Picazón persistente <input type="checkbox"/> Erupciones en la piel <input type="checkbox"/> Cambios en lunares <input type="checkbox"/> Cambios en la pigmentación de la Piel <input type="checkbox"/> Otros

Nombre: _____

Fecha: _____

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Por favor marque con " V " en las cirugías que haya tenido, e incluya la fecha de la cirugía:

Amputación	_____	Cirugía Facial	_____	Orquiectomía	_____
Angioplastia	_____	Cirugía de los Pies (D, I o ambos)	_____	inserción de Marcapasos	_____
Reparación Aneurisma Aórtico	_____	Cirugía Gástrica	_____	Paradectomía	_____
Apendicectomía	_____	Cirugía de la Mano (D, I o ambas)	_____	Implante en Pant	_____
Cirugía Artroscópica	_____	Cirugía Cardíaca	_____	Gastrostomía Percutánea Endoscópica	_____
Cirugía de Espalda	_____	Trasplante Cardíaco	_____	Trasplante Renal	_____
Cirugía Bariátrica	_____	Hemiorradectomía	_____	Cirugía del Manguito Rotador	_____
Cirugía de Vejiga	_____	Herniorrafía	_____	Septoplastia	_____
Resección de Intestinos	_____	Cirugía de Cadera	_____	Cirugía de senos Paranasales	_____
Braquiterapia	_____	Hidrocelectomía	_____	injerto de Piel	_____
Cirugía cerebral	_____	Derivación Urinaria a Conducto Ileal	_____	EspERMatocelectomía	_____
Cirugía de Senos/Mama	_____	Ileostomía	_____	Esplenectomía	_____
Biopsia de Próstata	_____	Cirugía de Próstata con Láser	_____	Cirugía de Estómago	_____
Bypass de Arteria Coronaria	_____	Herniorrafía inguinal	_____	Cirugía de Amígdalas	_____
Cirugía de Carótida	_____	Cirugía de Rodilla (D, I o ambas)	_____	Cirugía de Tiroides	_____
Cirugía del Túnel Carpiano (D, I o ambos)	_____	Laminectomía	_____	Cirugía de Art. Temporo-Mandibular	_____
Cirugía de Catarata (D, I o ambos)	_____	Laparoscopia	_____	Terapia Trans-uretral de Microondas	_____
Cirugía de Columna Cervical	_____	Laparotomía	_____	Resección Trans-Uretral de Próstata	_____
Coledocotomía	_____	Cirugía en Piernas (D, I o ambas)	_____	Cirugía en Piernas (D, I o ambas)	_____
Circuncisión	_____	Cirugía de Hígado	_____	Hernia Umbilical	_____
Resección del Colon	_____	Lumpectomía	_____	Ureteroscopia	_____
Colonoscopia	_____	Cirugía de Pulmón	_____	varicocelectomía	_____
Cirugía de Córnea (D, I o ambas)	_____	Disección de Ganglio Linfático	_____	vasectomía	_____
Resección Trans-Uretral e Próstata	_____	Lisis de Adhesiones	_____	Cirugía de Várices	_____
Remoción de Quistes	_____	Mastectomía	_____	Reparación de Hernia Ventral	_____
Partos (Vaginales o Cesáreas)	_____	Cirugía de Mastoides	_____	APP	_____
Cirugía de Oído (D, I o ambos)	_____	Meatotomía	_____	OTROS NO LISTADOS	_____
Endoscopia Digestiva Superior	_____	Cirugía Nasal	_____	_____	_____
Epididimectomía	_____	Biopsia por Aspiración con Aguja	_____	_____	_____
Uterotomía Extracorpórea	_____	Nefrectomía	_____	_____	_____

ANTECEDENTES MÉDICOS

Por favor marque con "V" en aquellas enfermedades o condiciones médicas que haya padecido:

Nombre: _____

Fecha: _____

- Trastorno de Déficit de Atención
- Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
- Alcoholicismo
- Enfermedad de Alzheimer
- Anemia
- Aneurisma
- Angina
- Anorexia
- Desorden de Ansiedad
- Artritis
- Artritis
- Aneurisma de la Aorta
- Estenosis de la Válvula Aórtica
- Insuficiencia de la Válvula Aórtica
- Insuficiencia de la Válvula Aórtica
- Asma
- Fibrilación Auricular
- Dolor de espalda
- Hiperplasia Benigna de la Próstata
- La Próstata
- Desorden Bipolar
- Cáncer de la Vejiga
- Trastorno de la Coagulación
- Ceguera
- Tumores Cerebrales
- Bronquitis
- Cataratas

- Enfermedad Cerebro - Vasular
- Colelitiasis
- Colelitiasis
- Síndrome de la Fatiga Crónica
- Crónica
- Enfermedad Crónica del Hígado
- Enfermedad Crónica del Pulmón
- Falla Renal Crónica
- Colitis
- Constipación
- Cáncer de Colon
- Afección del Colon
- Enfermedad Congénita del Corazón
- Falla Cardíaca Congénita
- Enfermedad de Crohn
- Sordera
- Trombosis de Venas Profundas
- Depresión
- Diabetes no Insulino Dependiente
- Diabetes Insulino Dependiente
- Dependencia
- Diabetes no Controlada
- Diarrea
- Desorden de la Alimentación
- Infecciones de Oído
- Antigeno Prostático (PSA) Elevado
- Enfisema

- Corazón
- Engrandecido
- Epilepsia
- Enfermedad Fibroquística de la Mama
- Fibromialgia
- Cáncer Gástrico
- Bocio
- Gota
- Fiebre del Heno
- Ataque Cardíaco
- Problemas de Válvulas
- Cardíacas
- Soplo Cardíaco
- Hemorroides
- Hepatitis
- Hernia de Disco
- Hernia Hiatal
- Colesterol Alto
- Hipertensión Arterial
- Intolerancia a la Glucosa
- Infertilidad
- Enfermedad de Colon Irritable
- Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- Enfermedad renal
- Infección Renal
- Cáculos Renales
- Enfermedad Infeciosa
- Cáncer de Lengua
- Leucemia

- Enfermedad Hepática
- Enfermedad de Pulmón
- Cáncer de Pulmón
- Linfoma
- Melanoma
- Enfermedad Mental
- Migraña
- Estenosis de la Válvula Mitral
- Insuficiencia de la Válvula Mitral
- Prolapso de la Válvula Mitral
- Papeas
- Crisis Nerviosas
- Obesidad
- Osteoporosis
- Pancreatitis
- Cáncer de Páncreas
- Úlcera Péptica
- Fiebrtis
- Polio
- Cáncer de Próstata
- Prostatitis
- Embolismo Pulmonar
- Fisura Rectal
- Cáncer Rectal
- Fiebre Reumática
- Enfermedades de Transmisión Sexual
- Anemia de Células Falciformes
- Ataque Cerebral
- Intento de Suicidio
- Cáncer de Testículo
- Enfermedad de la Tiroides
- Tuberculosis

Nombre: _____ Fecha: _____

HISTORIA FAMILIAR

Por favor encierre con un círculo si algún miembro familiar ha presentado alguna de las siguientes: (Madre, Padre, o hermanos)

Artritis	M	P	H
Mojar la cama	M	P	H
Cáncer de Vejiga	M	P	H
Cáncer (Sitio desconocido)	M	P	H
Enfermedad de Crohn	M	P	H
Depresión	M	P	H
Diabetes	M	P	H
Gota	M	P	H
Ataque Cardíaco	M	P	H
Hipertensión	M	P	H
Enfermedad Renal	M	P	H

Cálculos Renales	M	P	H
Cáncer de Laringe	M	P	H
Leucemia	M	P	H
Meñanoma Maligno	M	P	H
Esclerosis Múltiple	M	P	H
Cáncer de Páncreas	M	P	H
Cáncer de Próstata	M	P	H
Derrame Cerebral	M	P	H
Enfermedad de la Tiroides	M	P	H
Tuberculosis	M	P	H
Otros	M	P	H

HISTORIA SOCIAL

Por favor provea de la siguiente información:

Estado Civil o Marital: Por favor indique el número de años:

Soltero: _____ Casado: _____ Separado: _____ Divorciado: _____
Viudo: _____ Compañero de Vida: _____ Pareja de Hecho: _____

Dependientes: Por favor indique # de cada uno, si usted tiene:

Hijos: _____ Hijas: _____ Hijastros: _____ Adoptados: _____
Padres: _____ Abuelos: _____ Otros: _____

Bebidas Cafeinadas:

No: _____ Bajo Consumo: _____ Moderado Consumo: _____ Excesivo: _____

No: _____ Si su respuesta es afirmativa, por favor enumérelas:

Uso de Drogas Recreacionales:

Si anteriormente fumó, ¿Cuándo dejó de fumar? _____

No: _____ Si: _____ # de paquetes por día: _____ Cigarrillos por día: _____ Cigarrillos sin humo: _____

Uso de Tabaco:

No: _____ Si - Ocasional: _____ # de Tragos por día: _____

Consumo de Alcohol:

Padres: _____ Abuelos: _____ Ninguno: _____ Golf: _____ Tenis: _____ Adoptados: _____ Otros: _____

Actividades o Hobbies: Por favor marque con "V" en aquella que aplique:

Medio-tiempo: _____ Retirado: _____ Otro: _____
Oficista: _____ Administrador: _____ Ejecutivo: _____ Profesional: _____

Sin Empleo: _____ Obrero: _____

Conductor de Camión: _____ Artesano: _____

Ocupación: Por favor marque con "V" en aquella que aplique: