

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Registración del Paciente- (Por favor de imprimir)

Nombre del paciente: _____ Teléfono de Casa: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección del paciente: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

Contacto Alternativo: Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: ____ Sexo: __ Hombre __ Mujer

Número de Seguro Social _____ Ocupación: _____

Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

Nombre de su Esposo (a): _____ Ocupación: _____

Doctor que lo mando: _____ Teléfono: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono: _____

Farmacia Preferida: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Información de Seguro

Seguro Primario: _____

Nombre del Asegurado: _____ Si Mismo __ Esposo (a) __ Padre __

Fecha de Nacimiento: _____ # de Miembro: _____ # de Grupo: _____

En caso de emergencia notificar a:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Relación al Paciente: _____

Yo entiendo que mi seguro(s) va a ser cobrado, como cortesía, pero yo soy responsable a Robert J. Cornell, MD por todos los cargos. Yo autorizo a Robert J. Cornell, MD y a sus representantes que pueden dar información que sea necesaria para procesar mis cargos de seguro. Yo autorizo a mi seguro que pague los beneficios directamente a Robert J. Cornell, MD. Yo entonces autorizo a Robert J. Cornell, MD que mande mis reportes médicos a otros doctores que también me ofrecen cuidado médico.

Firma: _____ Fecha: _____

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Historial Médico del Paciente

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Sexo: Hombre Mujer Edad: _____ Estado Matrimonial: _____

¿Cómo supo del Dr. Cornell/ Dr. Clavell? _____

Estado de Empleo: Estoy Trabajando: _____ Estoy Retirado: Estoy Deshabilitado:

Razón de su visita: _____

Estatura: _____ Peso: _____

Usted Fuma: No Si Por cuanto tiempo y cuantos paquetes por día: _____

Usted Toma Alcohol: No Si Por cuanto tiempo: _____

Enfermedades (incluya el diagnostico): _____

Cirugías (incluyendo mes/año): _____

Otras Hospitalizaciones (incluya mes/año): _____

Lista de Medicinas que está tomando (incluya la dosis): _____

Lista de alergias a medicinas: _____

Historial Médico de Familia: _____

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Nombre: _____ Fecha: _____

Hombres Solamente

Disfunción eréctil (DE): No ___ Si ___

Liqueo Urinario: No ___ Si ___

¿Cuántas veces se levanta a orinar durante la noche? _____

Mujeres Solamente

Liqueo Urinario: No ___ Si ___ Frecuencia Urinaria: No ___ Si ___

¿Está Embarazada? No ___ Si ___ Número de Embarazos: _____ Número de Hijos: _____

Por favor ponga una marca si usted ha tenido o tiene estos problemas:

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Parálisis	<input type="checkbox"/> Ataques del
<input type="checkbox"/> Anestesia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Corazón
<input type="checkbox"/> Enfisema	<input type="checkbox"/> Nervios	<input type="checkbox"/> Mental	<input type="checkbox"/> Desordenes de los
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Osteomielitis	<input type="checkbox"/> Ulceras	<input type="checkbox"/> Ojos
<input type="checkbox"/> Tiroides	<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral	<input type="checkbox"/> Problemas de la
<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Coagulo de venas	<input type="checkbox"/> Próstata	<input type="checkbox"/> Espalda
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Polio	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Infecciones en la
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Desordenes del	<input type="checkbox"/> Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Vejiga
<input type="checkbox"/> Flebitis	<input type="checkbox"/> Hígado	<input type="checkbox"/> Mala Circulación	<input type="checkbox"/> Sangre en la
<input type="checkbox"/> Bronquitis	<input type="checkbox"/> Desordenes del	<input type="checkbox"/> Desordenes de la	<input type="checkbox"/> Orina
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Riñón	<input type="checkbox"/> Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedades
<input type="checkbox"/> Célula de Hoz	<input type="checkbox"/> Ronchas	<input type="checkbox"/> Piedras en los	<input type="checkbox"/> Venéreas
<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Desordenes de la	<input type="checkbox"/> Riñones	<input type="checkbox"/> Soplo Cardiaco
<input type="checkbox"/> Diverticulitis	<input type="checkbox"/> Perna/Pie	<input type="checkbox"/> Fiebre Reumática	
<input type="checkbox"/> Leucemia	<input type="checkbox"/> Culebrilla		

Otras Condiciones: _____

Esta Información es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma

Fecha

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Asignación de Beneficios

Yo autorizo el pago de beneficios directamente al médico para el tratamiento quirúrgico y/o servicios médicos aquí especificados. Estoy consciente de mi responsabilidad de pagar cualquier servicio no cubierto, así como cualquier co-pago, co-seguro y/o deducibles en el momento de tratamiento.

Firma _____ Fecha _____

Liberación de Información

Yo autorizo al médico para que libere cualquier información obtenida en el curso de mi examen, tratamiento o cirugía para facturación y tratamiento únicamente.

Firma _____ Fecha _____

Autorizo al médico para liberar mi información de salud personal a las siguientes personas:

Firma _____ Fecha _____

Liberación de Información

Por favor, comprenda que pedimos un aviso de cancelación de 24 horas. Si no nos notifica dentro de las 24 horas de una cita tendrá como resultado un monto de \$50.00 adeudado en/o antes de su próxima visita. Por favor hable con un representante de la oficina para una aclaración de cualquier preocupación.

Firma _____ Fecha _____

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Reconocimiento-Políticas de Privacidad Revisadas

He revisado este aviso de oficina de prácticas de privacidad que explica como mi información médica será utilizada y divulgada. Tengo entendido que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

Firma del Paciente o Representante Personal

Fecha

Nombre del Paciente o Representante Personal

Descripción del Representante Personal de Autoridad

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

NOTIFICACION DEL LABORATORIO

Se ofrecerán pruebas de laboratorio de ciertas variables clínicas importantes en la oficina, porque se cree que su seguro está contratado para reembolsar la práctica de estos servicios. Si su seguro niega esta cobertura o solicita un reembolso del pago de este servicio, usted será responsable de la cantidad determinada por la práctica que sea una compensación justa y razonable.

Puede consultar este precio en cualquier momento antes de que le den sus servicios y elegir un laboratorio externo para la misma prueba, también potencialmente a su cargo.

Firma

Fecha

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

Puntuación Internacional de los Prostáticos

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

	Ninguna	Menos de 1 vez de cada 5	Menos de la mitad de veces	Aproximadamente la mitad de veces	Más de la mitad de veces	Casi Siempre	Puntuación
1. Durante mas o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5	
2. Durante mas o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que volver a orinar en las dos horas siguientes después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5	
3. Durante mas o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha notado que, al orinar, paraba y comenzaba de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5	
4. Durante mas o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido dificultad para aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5	
5. Durante mas o menos de los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha observado que el chorro de orina es poco fuerte?	0	1	2	3	4	5	
6. Durante mas o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha tenido que apretar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5	
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces	
7. Durante mas o menos los últimos 30 días, ¿cuántas veces suele tener que levantarse para orinar desde que se va a la cama por la noche hasta que se levanta por la mañana?	0	1	2	3	4	5	
Puntuación Total:							
	Encantado	Muy Satisfecho	Más bien satisfecho	Tan Satisfecho como insatisfecho	Más bien insatisfecho	Muy Insatisfecho	Fatal
¿Cómo se sentiría si tuviera que pasar el resto de la vida con los síntomas prostáticos tal y como los siente ahora?	0	1	2	3	4	5	6

Robert J. Cornell, MD, PA

General Adult & Prosthetic Urology

Diplomate American Board of Urology

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA VARONES (SHIM)

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Instrucciones para el paciente:

La salud sexual es una parte importante del bienestar emocional y físico de un individuo. La disfunción eréctil es una condición médica muy común que afecta a la salud sexual. Afortunadamente, existen varias opciones terapéuticas para esta patología.

Este cuestionario se confecciono para ayudarle a usted y a su médico a identificar la disfunción eréctil si este fuese su caso. Si así fuese, su médico podría aconsejarle el tratamiento más adecuado.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Marque con un circulo aquella que mejor describa su situación. Por favor, asegúrese que escoge una única respuesta para cada pregunta.

En los ultimos 6 meses:

1. ¿Cómo clasificaría su confianza en poder conseguir y mantener una erección?		MUY BAJA	BAJA	MODERADA	ALTA	MUY ALTA
		1	2	3	4	5
2. Cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual, ¿con qué frecuencia sus erecciones fueron suficiente rígidas para la penetración?	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES)	LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
3. Durante el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	NO INTENTO EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES)	LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
4. Durante el acto sexual, ¿qué grado de dificultad tuvo para mantener la erección hasta el final del acto sexual?	NO INTENTO EL ACTO SEXUAL	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	LIGERAMENTE DIFICIL	NO DIFICIL
	0	1	2	3	4	5
5. Cuando intentó el acto sexual, ¿con qué frecuencia fue satisfactorio para usted?	NO INTENTO EL ACTO SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (APROXIMADAMENTE LA MITAD DE LAS VECES)	LA MAYORIA DE LAS VECES (MUCHO MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5

PUNTUACION TOTAL: _____

Si la puntuación es menor o igual que 21, usted está mostrando signos de disfunción eréctil.

Su médico puede mostrarle varias alternativas de tratamiento que pueden mejorar su situación.