

# REGISTRATION FORM



**¡Bienvenidos a nuestra practica! Esperamos que la siguiente información sera util para usted.**

## **Informacion médica**

Favor de completar las formas adjuntas sobre su información de salud y traerlas con usted a su cita programada. Bríndenos una lista de todas las medicinas que actualmente está tomando. **Al momento de su visita, puede ser necesario ue usted de una muestra de orina. Por favor esté re arado ara dar a una muestra de orina.**

## **Registros Médicos**

Con gusto le podemos proporcionar una copia de su historial médico. Se aplicara un cobro de 3325.00 por las primeras 15 páginas, después de eso 10 centavos por cada página adicional.

## **Cancelación**

Nuestra oficina atiende a pacientes con previa cita. En caso de no poder asistir a su cita, favor notificar durante las 24 horas previas a la cita para poder proporcionar cita a otro paciente.

## **Aseguranza médica**

Favor de traer a su cita su tarjeta de aseguranza actual. Si su aseguranza requiere un co vago, este deberá ser efectuado al momento de su cita. Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

## **Camaras**

El uso de una cámara o una camara de teléfono celular no esta permitido en las áreas de examen.

## **Portal del paciente**

RGU ha implementado un Portal del paciente, en el cual podrá accesar nuestros registros médicos de manera electrónica, ademas, dicho Portal cuenta con una función segura de mensajes que permite la comunicación entre pacientes y proveedores. Según lo estipulado por el Gobierno Federal, los proveedores deben ofrecer acceso electrónico a su información de salud de manera segura y oportuna.

Acceso al Portal del paciente es un proceso de dos pasos:

- Durante su visita, con el fm de completar su registro, el paciente deberá proporcionar una dirección valida de correo electrónico a un miembro del personal de RGU.
- Al momento del registro, un mensaje le será enviado inmediatamente a la dirección de correo electrónico proporcionada, en él se invita al paciente a completar el segundo paso del proceso de registro para el portal del paciente. Por favor tenga en cuenta que su contraseña temporal permanece activa solamente durante 72 horas.

## **Politica de inasistencia**

Un cobro de 525.00 podrán ser aplicados a su cuenta en caso de que no nos notifique de su cancelación durante las 24 horas previas a su cita. En caso de que usted no notifique sobre su cancelación, durante las 24 horas previas a su cita, en 3 instancias dentro de un plazo de 12 meses, solo se le podrá agendar cita bajo la solicitud de su proveedor primario o de tratamiento médico. Su proveedor de RGU se reserva el derecho de tenninarle como paciente de su practica.

## **Politica de teléfono**

Nuestro personal esta a su disposición para ayudarle con cualquiera pregunta con respecto a su cuenta, citas o aseguranza medica. Por favor recuerde que no se puede proveer diagnosis o tratamiento médico por telefono. En caso de que usted deje un mensaje para uno de los proveedores de servicios médicos, solicitamos su comprensión ya que estos mensajes seran respondidos a la brevedad posible o hasta el final del día.

## **Politica de No Carga Pesada**

Si usted o un paciente requiere ayuda para subir a la mesa de examen, un miembro de la familia o persona a cargo deberá atender con usted para proporcionar esta ayuda. Nuestros empleados no están autorizados para cargar pacientes. Si no acude con usted alguien que le pueda proporcionar ayuda, tendremos que reprogramar su cita.

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la información proporcionada, no dude en llamar a nuestras oficinas al (915) 532-8823 en El Paso o (575) 522-7880 en Las Cruces.

**Estamos para servirle y esperamos su visita.**

# POLÍTICA FINANCIERA



Gracias por elegimos como su proveedor de cuidados de salud. Favor de comprender que el pago de su factura es considerado parte de su tratamiento. La siguiente es una afirmación de nuestra Política Financiera que usted deberá leer y firmar antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información antes de ver al médico. Una copia de su tarjeta de seguridad médica y/o identificación con fotografía es necesaria para verificar su elegibilidad para obtener servicios médicos bajo su seguridad. **Co-pagos deberán de ser efectuados al momento de su cita.**

Como cortesía, Rio Grande Urology facturara a su compañía de seguridad médica. Sin embargo, no somos responsables de obtener el pago de su seguridad. **Su política y cobertura es un contrato entre usted y su compañía de seguros, por lo tanto, es su responsabilidad estar al tanto de sus políticas y comprender su cobertura.** Independientemente del estado del reclamo a su seguridad médica, usted es responsable por el pago de servicios médicos.

Una vez que la compañía de seguridad sea facturada, retenemos la porción a deber por su seguridad médica durante 45 días. Es necesario que el pago de la porción a deber del paciente sea efectuada al momento del servicio. Si su compañía de seguros no remite el pago dentro de los 45 días; el paciente será responsable en su totalidad del saldo a pagar. Si usted espera recibir pago de su seguridad médica por servicios REALIZADOS, favor de remitir este pago de manera inmediata. De igual manera, en caso de que recibamos pago en exceso al saldo estimado debido por su seguridad médica, se le hará devolución del importe en exceso.

Rio Grande Urology es un proveedor participante para nuestros pacientes de Medicare. Por lo tanto, todos los servicios cubiertos serán facturados a Medicare. Usted es responsable a pagar el copago y/o deducibles al momento de su cita. Por favor tenga en cuenta que algunos, quizás todos, de los servicios prestados pueden ser servicios no cubiertos por Medicare y/o pueden ser considerados como servicios no "razonables y necesarios" bajo el programa de Medicare y/u otra seguridad médica. Usted puede ser responsable por estos cargos.

Pacientes con HMO/PPO, copagos vencen al momento de que el servicio sea proveído. Este es un requisito de su compañía de seguridad médica. Muchos planes de seguros requieren una referencia y/o autorización. Este copago deberá de ser presentado al momento de que el servicio sea proveído. Si usted no tiene una referencia válida y/o autorización tendrá que volver a programar su cita para otro día o pagar los cargos en su totalidad en el momento del servicio, el pago de los servicios no cubiertos deberán ser pagados al momento de que el servicio sea proveído.

Para reclamos de Medicaid, los servicios se podrán facturar de manera directa. No se prevé el pago de servicios al paciente a menos que estos sean negados por Medicaid por razones de expiración a su elegibilidad o en casos de requerir copago de pacientes "Centennial". Por favor tenga en cuenta que prueba de elegibilidad de Medicaid es requerida al momento del servicio.

Si usted no tiene cobertura de seguridad médica, será necesario que el pago se efectúe al momento del servicio. Un pago mínimo de \$285.00 debiera ser efectuado antes de ver al médico. Esperamos que el 50% del costo estimado de cualquier otro tratamiento, incluyendo cirugía, sea pagado por adelantado. Se deberá firmar un contrato para arreglos de pagos restantes. "Indigentes" abarca sólo las visitas al hospital y prueba escrita es obligatoria.

Una cuota de \$25.00 podrá ser aplicada a su cuenta, en caso de que no nos notifique de su cancelación durante las 24 horas previas a su cita. En caso de que usted no notifique sobre su cancelación, durante las 24 horas previas a su cita, en 3 instancias dentro de un plazo de 12 meses, solo se le podrá agendar cita bajo la solicitud de su proveedor primario o de tratamiento médico. Su proveedor de RGU se reserva el derecho de terminarle como paciente de su práctica.

Pago de servicios deberán de ser efectuados al momento de su cita, a menos que otros arreglos de pago se hagan con anticipación. Arreglos especiales deberán de ser discutidos con el gerente de la oficina antes de recibir tratamiento. Estados de cuenta se envían mensualmente y el pago en cuanto este es recibido.

Nuestra práctica se compromete a ofrecer el mejor tratamiento para nuestros pacientes y cobramos lo que es usual y habitual en nuestra especialidad. Independientemente de la determinación de las tasas usuales y habituales hechas por su seguridad, usted es responsable del pago. Para su comodidad, aceptamos dinero en efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

He leído, entiendo y estoy de acuerdo con esta política financiera.

Fecha:

Fecha:

Firma del Paciente:

o Tutor:

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN



## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Sr. Sra.  
Srta. Ms.  
Sexo M F Estado civil (seleccione uno) Soltero Casado Separado Divorciado Viudo  
¿Es este su nombre legal? Si, no, ¿cual es su nombre legal? Fecha de Nacimiento Edad: Número de Seguro Social:  
sí no  
Dirección: Número de Teléfono:

Ocupación:

Eligió la clínica porque/ Referido a la clínica por (marque una casillera) Familia Amigo Plan de Seguro Hospital Cerca de la casa/trabajo Páginas Amarillas Dr. Otra

## INFORMACIÓN SOBRE EL RESPONSABLE DE PAGO (SI ES DISTINTO DEL DE ARRIBA) (Por favor, dele su tarjeta de seguro a la recepcionista.)

Persona responsable por la factura: Fecha de Nacimiento:  
Dirección (si es distinta): Telefono de casa:  
¿Esa persona es un paciente aquí?  
sí no  
Dirección del Empleador: Por favor, indique el seguro primario:  
¿Este paciente está cubierto por seguro?  
sí no  
Nombre del Subscriber: Fecha de Nacimiento  
Seguro Social del Subscriber: No. de Grupo: No. de Póliza: Co-Pago: Relación del Paciente al Subscriber:  
Mismo Hijo  
Esposo/a Otro  
Nombre del Seguro Secundario (si corresponde) Nombre del Subscriber:  
Seguro Social del Subscriber: No. de Grupo: No. de Póliza: Co-Pago: Relación del Paciente al Subscriber:  
Mismo Hijo  
Esposo/a Otro

## EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre de amigo o pariente local (que no viva en la misma dirección): No. de Teléfono: Relación al Paciente:  
¿Podemos divulgar información médica a su pareja o miembro de familia? sí no

La información arriba es verdadera a mi leal saber. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a Rio Grande Urology P.A., entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo. También autorizo a Rio Grande Urology P.A. o compañía de seguro para que divulguen información requerida para procesar mis reclamos.  
Firma del Paciente/Tutor:  
Fecha:

**Westside**

7420 Remcon Circle  
Bldg A / Bldg C-3  
El Paso, TX 79912

**Eastside**

3100 Lee Trevino,  
Suite G  
El Paso, TX 79936

**Central**

2201 N. Stanton  
El Paso,  
TX 79902

**Las Cruces**

2545 Don Roser  
Las Cruces,  
NM 8801

**RGU East Radiation**

1400 George Dieter Dr.  
Suite 170,  
El Paso, TX 79936

**AUTHORIZATION FOR EXAMINATION AND ACKNOWLEDGEMENT OF TREATMENT  
AUTORIZACIÓN PARA EXAMINACIÓN Y RECONOCIMIENTO DE TRATAMIENTO**

Nombre del paciente:

Fecha de Nacimiento:

Numero de Cuenta:

**1) Authorization for examination and treatment:** The undersigned will be informed of the examination and/or treatment considered necessary for the patient named on the record and that the treatment and procedures will be performed by Physicians of Rio Grande Urology, P.A., or Employees of Rio Grande Urology, P.A. Authorization is hereby granted for such treatment and procedures and the administration of such local anesthetics, medications, or other treatment deemed necessary. I certify that I have read the above authorization and understand the same, and also certify that no guarantee or assurance has been made as to the results that may be obtained.

**Authorizacion para examinacion y tratamiento:** El infrascrito sera informado de el examen y/o tratamiento que sea considerado necesario para el paciente nombrado en este archivo y que el tratamiento y las procedimientos seran ejecutados par las doctores de Rio Grande Urology, P.A., o par empleados de Rio Grande Urology, P.A. Par media de la presente, se otorga permiso para tales tratamientos, procedimientos y la administracion de anestesisicos locales, medicamentos, otros tratamientos que sean necesarios. Yo certifico que he leido al autorizacion y comprendo la misma y tambien certifico que no he recibido ninguna garantia acerca de las resultados que puedan ser obtenidos.

**2) Acknowledgement of outpatient treatment:** I hereby acknowledge that the medical care which may be furnished to me in Rio Grande Urology, P.A., will be limited solely to outpatient treatment. I understand that I may be released before all my medical problems are known or treated, and that it will be necessary for me to make arrangements for follow-up care.

**Reconocimiento de tratamiento para paciente externo:** Par media de la presente, reconozco que el cuidado medico que me puede ser provisto en Rio Grande Urology, P.A. sera limitado solamente a tratamiento para paciente externo. Yo entiendo que puedo ser dado de alta antes de que mis problemas medicos sean conocidos o tratados, y sera necesario que yo me encargue de tomar medidas para cuidados posteriors.

Patient's signature

Date:

Guardian's signature (if patient is a minor)

Date:

Witness by RGU Representative

Date:



## ACKNOWLEDGEMENT RECEIPT FOR NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

Rio Grande Urology P.A. reserves the right to modify the Privacy Practices outlined in the notice.  
I have received a copy of the Notice of Privacy Practices for Rio Grande Urology P.A.

Patient's name (print or type):

Patient's signature

Date

**Signature of Patient Representative**  
(Required if the patient is a minor or an adult  
who is unable to sign this form)

Date

Relationship to patient:

---

## RECONOCIMIENTO RECIBO DE LA NOTIFICACION DE LA PRIVACIDAD MEDICA

Rio Grande Urology P.A. reserva el derecho de modificar la privacidad medica indicada en esta notificación.  
He recibido una copia de la Notificación de Privacidad Medica de Rio Grande Urology, P.A.

Nombre de (la) Paciente (Impreso o Maquina)

Firma de (la) Paciente

Fecha

**Firma del Representante del (la) Paciente**  
(Se requiere si paciente es menor de edad o  
si el adulto no puede firmar esta forma)

Fecha

Relationship to patient:

# MEDICATION LIST

## LISTA DE MEDICAMENTOS



Date/**Fecha**

Patient's name/**Nombre del Paciente**

Date of Birth/**Fecha de Nacimiento**

Allergies/**Alergias:**

Michael Bagg, MD  
Mark Bieri, MD  
Mauricio Davalos, MD  
Lauren N. Eisenberg, DO  
Emma E. Bendana, MD  
Thomas Gormley, MD  
Javier L. Arenas, MD  
Calvin Han, MD  
Robert Kolosseus, MD  
G. Alfonso Latiff, MD  
Javier E. Lozano, MD  
Michael Sebesta, MD  
Jeffrey M. Spier, MD  
Jeffrey Taber, MD  
Daniel C. Voglewede, MD  
Arlette Camacho, FNP-BC  
Belen Terrazas, CPNP  
Rosella Vialpando, CNP  
J. Salvador Saldivar, MD,  
MPH, FACOG, FACS

Medications/**Medicamentos:**

Please complete prior to your visit with your physician/*Por favor complete antes de su visita con su medico.*

Thank you/**Gracias**

# AUTORIZACIÓN PARA EL USO O LA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA



Al firmar esta hoja, autorizo la revelación de mi información médica confidencial al proveer una copia de mi historial médico o un resumen o narrativa de mi información médica protegida al médico/persona/instalaciones/entidad siguiente.

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

La información a ser revelada y mencionada en esta forma es la siguiente:

Historial Completo	Historia y Físico	Notas de Progreso	Plan de Cuidado
Reportes de laboratorio	Reportes de radiología	Reportes de patología	Historial de Tratamiento
Reportes operativos	Reportes del Hospital	Historial de medicamentos	
Other (please specify)			

---

Provea mi información médica protegida al Médico/persona/instalaciones/entidad:

Nombre:

Domicilio

Nombre del Paciente:

Fecha de nacimiento o número de seguro social del paciente

Firma del paciente o representante personal

Fecha

Nombre del paciente o representante personal

Descripción de la autoridad del representante personal

# CONSENTIMIENTO A FOTOGRAFÍA



El abajo firmante por la presente autoriza a RGU; la antedicha instalación y el médico de cabecera, a fotografiar o permitir a que otras personas tomen fotografías.

Nombre (por favor, letra de molde):

Mientras bajo el cuidado de RGU; la antedicha instalación, estoy de acuerdo que ellos pueden usar o permitir que otras personas usen el negativo, o impresiones fotográficas para tal propósito y de tal manera según se considere necesario. También entiendo que las fotos no fueron tomadas por fotógrafos profesionales y no son para el expreso propósito de litigio legal.

Firma:

Fecha / Hora:

Testigo:



## ACUERDO EN CUANTO A LA LEY GOBERNANTE Y FORO



El paciente, incluyendo el representante del paciente y herederos o beneficiarios, y el proveedor de servicios de salud, incluyendo empleados y agentes del proveedor de servicios de salud, que prestan o proveen cuidado médico, cuidado de la salud, de seguridad, o servicios profesionales o administrativos relacionados directamente con el cuidado de la salud del paciente acuerdan:

1. Que todo cuidado de salud prestado será gobernado exclusivamente y solo por las leyes del estado de Texas y en ningún caso se aplicarán las leyes de otro estado al servicio de cuidado de salud proveído al paciente; y
2. En caso de una disputa, demanda judicial, acción, o causa que de alguna manera esté relacionada con el cuidado de salud proveído al paciente solo será tramitado en un tribunal de Texas en el condado/distrito donde todo o sustancialmente todo el cuidado de salud fue proveído o prestado y en ningún caso ninguna demanda judicial, acción o causa de acción será tramitada en algún otro estado. La elección de las provisiones de selección de la ley gobernante y foro de este párrafo son mandatorias y no son permisivas

Firma:

Fecha / Hora:

# REVISION DE SU SISTEMA



## Molesta Principal: ¿Cual es la razón de su visita hoy?

Pacientes: Por favor círculo cualesquiera condiciones que han tenido.

Sintomas Generales:	Fiebre	Escalofrios	Subir o Bajar de Peso	Cancer		
Ojos:	Vision Borrosa	Vision Doble	Cataratas	Glaucoma	Dolor	
Alergico/Inmunologico:	Catarro					
Neurologico:	Frecuente Dolor de cabeza	Mareos	Adormecimiento	Hormigueo		
Endocrino:	Diabetes	La Tiroides	Sed excesiva	Frio o calor repentino	Cansado/ sin energia	
Gastrointestinal:	Dolor Abdominal	Nausea o Vomito	Estreñimiento o Diarrea	Indigestion Acidez	El Reflujo ácido	
Cardiovascular:	Ataque a el Corazón	Alta Presión	Colesterol Alto	Pies Hinchados	Venas Varicosas	Dolor en el Pecho
Skin:	Salplido	Cancer de la Piel				
Musculoesqueletico:	Artritis	Dolor en las coyunturas	Dolor en el cuello	Dolor en la espalda		
Oido, Nariz, Garganta, Boca:	Infeccion en el Oido	Garganta inflamada	Problemas de Sinusitis	Problemas de deglución	Dentaduras postizas	
Genitourinario:	Sangre en la orina	Orinar Frecuentemente	Retencion de la Orina	Chorro de orina débil		
Respiratorio:	Bronquitis/ Enfisema	El Asma	Dificultad para respirar	Falta de aire		
Hematologico/Linfatico:	La Anemia	Glandulas inflamadas	Problema de Coagulation de la sangre			
Psychologic:	El estrés	Ansiedad/ Depresión				

Lista de cirugías

Lista de los antecedentes médicos:

Lista Historial médico familiar:

¿Fuma?                      ¿Si, cuanto?  
 sí                      no

¿Toma?                      ¿Si, cuanto?  
 sí                      no