

THE UROLOGY CLINIC OF UTAH VALLEY

NOMBRE \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_

Address
DIRECCION \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_
Numero de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Direccion de correo electrónico (Email) \_\_\_\_\_

Cell Phone
Teléfono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Recibe Mensajes de texto: \_\_\_\_\_

Birthday
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Marital Status Single Married Widowed Divorced Spouse's Name
Estado Civil: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Nombre del Cónyuge \_\_\_\_\_

Referring Doctor
Doctor Referido \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Family Doctor
Doctor Familiar \_\_\_\_\_

Race Asian Hawaiian Other Pacific Islander Black/ African American American Indian White
RAZA: Asiatico(a) \_\_\_\_\_ Hawaiano(a) \_\_\_\_\_ Otros Islenos Pacifico \_\_\_\_\_ Afroamericano \_\_\_\_\_ Indio Americano \_\_\_\_\_ Blanco(a) \_\_\_\_\_

Etnicidad: Hispanic/Latino \_\_\_\_\_ Not Hispanic/ Latino \_\_\_\_\_ Preferencia de Idioma: Ingles \_\_\_\_\_ Espanol \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Relacion \_\_\_\_\_

Información Para El Empleador: Full Time Part Time Retired
Tiempo Completo \_\_\_\_\_ Parcial \_\_\_\_\_ Retirado(a) \_\_\_\_\_

Profesión: \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Responsable de Facturación si el Paciente es menor de edad:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente \_\_\_\_\_

Address
DIRECCION \_\_\_\_\_ Street \_\_\_\_\_ APT # \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip Code \_\_\_\_\_

Birthday
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Numero del Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Insurance Information:

Insurance Company #1: \_\_\_\_\_ Policy ID#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Insurance Company #2: \_\_\_\_\_ Policy ID#: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

I accept financial responsibility for payment of my entire account with the Urology Clinic of Utah Valley. \*Insurance may pay all or part of my account, but I am responsible to see that my account is paid in full. \*\* A finance charge of \$2.00 minimum per month or 1.5% per month (18% annum) will be made after 60 days following the date services are provided. \*\*\*Should the account be referred to an agency or ab attorney for collection, I agree top ay reasonable attorney's fees and collections expenses.

\* \_\_\_\_\_
Firma

\_\_\_\_\_
Fecha

## PATIENT HISTORY FORM

Note: This is a confidential record and will be kept in our office. This information will not be released without your authorization.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Estado Civil: M S W D

Quien lo envió a nuestra oficina? \_\_\_\_\_

Cuál es su principal problema? \_\_\_\_\_

Farmacia Local \_\_\_\_\_

### PAST MEDICAL HISTORY

Lista de todas las cirugías y fechas (Surgeries):

---

---

Lista de todas sus condiciones y enfermedades graves (Ejemplos: Presión arterial alta) (illnesses):

---

---

Lista de todos los medicamentos que está tomando actualmente (Medications):

---

---

---

Tiene alergias a algún medicamento? YES NO Lista de alergias a los medicamentos:

---

Fuma (Current Smoker)? YES NO Cuantos paquetes por día? \_\_\_\_\_ Cuantos años? \_\_\_\_\_

Ha sido un Fumador en el pasado? YES NO

Cuantos años hace que renuncio (When did you quit)? \_\_\_\_\_ Por cuantos años fumo? \_\_\_\_\_

Bebes alcohol? Yes No Con que frecuencia bebes? \_\_\_\_\_

Cuál es su ocupación (occupation)? \_\_\_\_\_ Si jubilado, cuál era su ocupación? \_\_\_\_\_

### FAMILY HISTOR INFORMATION

Lista de todas las enfermedades graves en su familia inmediata (Examples: Diabetes, prostate cáncer, heart disease).

---

---

---

## REVIEW OF SYSTEMS

Circule 'Y' si usted ha tenido alguno de estos síntomas en los últimos días.

### General

Fiebre	Y	N
Escalofríos	Y	N
Sudores Nocturnos	Y	N

### Piel (Skin)

Hematomas	Y	N
Nuevas lesiones	Y	N
Sarpullido	Y	N

### HEENT

Dolor de cabeza	Y	N
Disturbios visuales	Y	N
Alergias estacionales	Y	N

### Cuello (Neck)

Masa de cuello	Y	N
Dolor de cuello	Y	N
Inflamación de los ganglios	Y	N

### Respiratorio (Respiratory)

Tos crónica	Y	N
Ronquidos	Y	N
Dificultad para respirar	Y	N

### Pecho (Breast)

Dolor en las mamas	Y	N
Ginecomastia	Y	N
Cambios en la piel	Y	N

### Cardiovasculares

Dólar en el pecho	Y	N
Latidos Cardiacos irregulares	Y	N
Hinchazón de las extremidades	Y	N

### Gastrointestinal

Dólar Abdominal	Y	N
Estreñimiento	Y	N
Hemorragia rectal	Y	N

### Genitourinarias

Sangre en la orina	Y	N
Frecuencia urinaria	Y	N
Retención urinaria	Y	N
Infecciones urinarias	Y	N
Chorro de orina lento	Y	N
Tenesmo vesical	Y	N
Orinarse en la cama	Y	N
Presión sobre la vejiga	Y	N
Ardor al orinar	Y	N
Problemas para empezar	Y	N
Orina en la noche	Y	N
Fuga Urinaria	Y	N
Constante goteo	Y	N
Cálculos Renales	Y	N
Infección de la próstata	Y	N
Problemas con las erecciones	Y	N

### Aparato Locomotor (Musculoskeletal)

Dolor de espalda	Y	N
Dolor en la pantorrilla	Y	N
Dolor en las articulaciones	Y	N

### Neurológicos

Entumecimiento	Y	N
Apoplejía	Y	N
Debilidad	Y	N

### Psiquiátrico (Psychiatric)

Ansiedad	Y	N
Cambio en el patrón de sueño	Y	N
Planificación suicida	Y	N

### Sistema Endocrino (Endocrine)

Intolerancia al frío	Y	N
Sed excesiva	Y	N
Cambio de la libido	Y	N

### Hematología

Coágulos de sangre	Y	N
Inflamación de ganglios linfáticos	Y	N
Sangrado Prolongado	Y	N

# The Urology Clinic of Utah Valley

---

## ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

---

Reconozco que he recibido una copia del aviso de la oficina de prácticas de privacidad.

Nombre de Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ (Paciente o representante)

Si firma representante aparece arriba por favor describa relación al paciente:

\_\_\_\_\_

Lista de los nombres de cualquiera a que podemos liberar su información médica. No daremos ninguna información a cualquier persona que no está en la lista. Esto incluye cualquier familia, médicos, o centros de enfermería.

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_