



Coloque aquí la etiqueta del paciente:

DIVISIÓN DE UROLOGÍA

Formulario de admisión de paciente nuevo

Fecha: _____

I. Información demográfica

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

N.º DE MRN DE BWH _____

Dirección de residencia: _____

Teléfono de residencia: _____ Teléfono celular: _____

Correo electrónico: _____

II. Información de la atención: proporcione una lista completa de nombres y direcciones de médicos

(MUY IMPORTANTE)

Médico de atención primaria: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Médico que hace la referencia (si es diferente a su PCP): _____

Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Otros médicos (si es diferente de lo anterior): _____

Especialidad: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

III. Razón para la visita: motivo principal de la consulta (historial de enfermedad actual)

Describe el problema principal que lo trae hoy a ver al urólogo:

¿Está la visita relacionada con la compensación de trabajadores lesionados? (encierre una en un círculo) Sí No

¿Está la visita relacionada con acciones legales? (encierre una en un círculo) Sí No

Si este problema es el resultado de un accidente, ¿cuándo ocurrió el accidente? _____

IV. Historial quirúrgico

Haga una lista de todas las operaciones que ha tenido:

Fecha:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Le han colocado un stent en el corazón? (encierre una en un círculo) Sí No

V. Historial médico Haga una lista de todas las condiciones médicas actuales, incluyendo: Hipertensión, Diabetes, Enfermedad de la arteria coronaria, Enfermedad del pulmón y Enfermedad renal

Duración:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Mujeres: ¿Está o podría estar embarazada? (encierre una en un círculo) Sí No

Haga una lista de todos los **MEDICAMENTOS** que toma rutinariamente, medicamentos con receta médica o de venta libre, junto con las dosis:

Medicamento:

Dosis:

Frecuencia:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Enumere todas las **ALERGIAS** y sensibilidades (por ejemplo, medicamentos, alimentos, látex, yodo, etc.)

¿Está tomando algún medicamento anticoagulante? No Sí (indique a continuación)

- Aspirina o medicamentos que contienen aspirina
- Plavix
- Aceite de pescado

- Medicamentos antiinflamatorios
- Coumadin
- Otro: _____

VI. Historial social

Ocupación: _____ Estado civil: _____ Número de hijos: _____

Pasatiempos: _____

¿Fuma cigarrillos? _____ Si es afirmativo, ¿cuántos paquetes al día? _____

¿A qué edad empezó? _____ Si corresponde, ¿a qué edad lo dejó? _____

¿Bebe alcohol? _____ Si es afirmativo, ¿cuánto al día? _____

¿A qué edad empezó? _____ Si corresponde, ¿a qué edad lo dejó? _____

¿Utiliza drogas recreativas? _____ ¿De qué tipo? _____

¿Hace ejercicio con regularidad? (encierre una en un círculo) Sí No

¿Con qué frecuencia? _____

Estatura: _____

Peso: _____

VII. Historial familiar Tiene algún familiar que padezca de:

<u>Condición</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Tipo/familiar afectado</u>	<u>Condición</u>	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>	<u>Tipo/familiar afectado</u>
Cáncer (no genitourinario)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Problemas de sangrado/coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer testicular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de vejiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cáncer de riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cálculos renales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Enfermedad del riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
Otras condiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____				

Escriba otras condiciones: _____

VIII. Revisión de síntomas Tiene actualmente o ha tenido un problema con:

	<u>SÍ</u>	<u>NO</u>		<u>SÍ</u>	<u>NO</u>
<u>Constitucional</u>			<u>Musculoesquelético</u>		
Pérdida de peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de espalda prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebres prolongadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Articulaciones artificiales (implantadas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Cardiovascular</u>			<u>Neurológico</u>		
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Derrame cerebral/"mini derrame cerebral"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina/dolor de pecho/ataque cardíaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problema de válvula cardíaca/pulso irregular (arritmia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Alzheimer o confusión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Respiratorio</u>			Esclerosis múltiple (MS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones (epilepsia)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesión de la médula espinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos prolongada o dificultad para respirar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Ojos</u>		
<u>Gastrointestinal</u>			Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de la vista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Psiquiátrico</u>		
Estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>Genitourinario</u>			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Inmunológico</u>		
Filtración de orina/control urinario deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de erección/función sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cálculos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<u>Piel</u>		
<u>Endocrino</u>			Salpullido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forúnculos o infecciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anormalidad de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<u>Hematología</u>					
Sangrado excesivo con la cirugía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Coágulos de sangre en las piernas/pulmones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

IX. Evaluación de síntomas urinarios

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS URINARIOS

	Ninguno en absoluto	Menos de 1 vez en 5	Menos de la mitad del tiempo	Aproximadamente la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
1. VACIADO INCOMPLETO Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar la vejiga por completo después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
2. FRECUENCIA Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido que orinar otra vez en menos de 2 horas después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
3. INTERMITENCIA Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se dio cuenta de que dejó de orinar y volvió a empezar varias veces cuando orinó?	0	1	2	3	4	5
4. NECESIDAD DE ORINAR Durante el último mes, ¿con qué frecuencia encontró difícil esperar para orinar?	0	1	2	3	4	5
5. FLUJO DÉBIL Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo un flujo urinario débil?	0	1	2	3	4	5
6. ESFUERZO Durante el último mes, ¿con qué frecuencia tuvo que empujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	Ninguna	1 vez	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
7. ORINAR EN LA NOCHE Durante el último mes, ¿cuántas veces se levantó a orinar desde que se fue a dormir por la noche hasta el momento en que se levantó por la mañana?	0	1	2	3	4	5
Calificación de síntomas: 1 a 7 leve, 8 a 19 moderado, 20 a 35 grave	Total: _____					

Califique la molestia de sus síntomas encerrando en un círculo el número a continuación que describe mejor sus sentimientos.

CALIFICACIÓN DE LA MOLESTIA DEBIDO A LOS SÍNTOMAS URINARIOS

	Contento	Complacido	Muy satisfecho	Mezcla	Muy insatisfecho	Infeliz	Terrible
MOLESTIA DE LOS SÍNTOMAS URINARIOS ¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir con su condición urinaria como está ahora, ni mejor, ni peor, por el resto de su vida?	0	1	2	3	4	5	6

X. ¿Tiene un apoderado de atención médica? (encierre una en un círculo) Sí No

Si es afirmativo, explique: _____

Si la respuesta es no y le gustaría obtener más información, pregunte a nuestra recepcionista.

La información en este formulario es exacta según mi leal saber y entender:

Firma del paciente

Fecha en que se completó

Revisé la información anterior con el paciente:

Firma del médico

N.º de ID clínica

--	--	--	--	--	--

Fecha de revisión



**COMPROBANTE DE RECIBO DE:
NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO SE USA Y
COMPARTE LA INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL
PROTEGIDA**

Spanish/Acknowledgement of Receipt of Privacy Notice

Partners HealthCare es un sistema integrado de atención médica, que abarca todas las entidades que aparecen en la lista en las últimas páginas de la Notificación. A estos hospitales y entidades, así como a los médicos, enfermeros(as), terapeutas y demás personal que trabajan en dichas entidades, se les denomina "proveedores". Estos proveedores pueden compartir información médica personal del paciente para tratamientos, cobros y pagos, y gestiones administrativas de la atención médica.

La ley federal requiere que a todos los pacientes se les entregue una copia de la Notificación de *Partners HealthCare* sobre las normas de privacidad. La Notificación describe detalladamente cómo usamos y compartimos la información médica personal del paciente con otros.

Partners HealthCare se reserva el derecho de cambiar la Notificación en cualquier momento. Usted puede obtener una copia actualizada de la Notificación en: la oficina de ingreso al hospital, la oficina del registro de pacientes, el consultorio de su médico o en el sitio Internet de *Partners* (www.partners.org).

Haremos todo lo posible para proteger la privacidad de la información médica del paciente en cualquier medio que se conserve o transmita: impresa, en medios electrónicos, correo electrónico o telecopia (fax).

Doy fe que se me ha entregado copia de la Notificación de Partners HealthCare sobre asuntos de privacidad.

Nombre (en letra de molde): _____ Fecha: _____
Patient Name Date

Número de paciente: _____
Patient Number

Firma: _____ Fecha de nacimiento: _____
Patient Signature Date of birth

Si el paciente es menor de edad, o si no puede dar su consentimiento, debe firmar uno de los padres, tutor, o representante autorizado.

Firma del representante autorizado: _____ Fecha: _____
Authorized representative Date

Nombre (en letra de molde): _____
Name

Parentesco o relación con el paciente: _____
Relationship to patient

Para uso de la oficina / Office Use Only

Patient given Privacy Notice, however: Se le entregó la notificación al paciente, pero:

- Patient refused or did not sign Acknowledgement form
- El paciente rehusó firmar o no firmó el comprobante
- Patient unable to sign Acknowledgement form
- El paciente no apto para firmar el comprobante



Sus responsabilidades como paciente o familiar

Al tomar un papel activo en su propia atención médica, le puede ayudar a los encargados del cuidado a satisfacer mejor sus necesidades. Es por eso que le pedimos a usted y a su familia que comparta con nosotros ciertas responsabilidades. Estas incluyen:

- Dejarnos conocer sus expectativas sobre la hospitalización y el tratamiento.
- Hacer preguntas y asegurarse de que entiende cualquier instrucción proporcionada para que pueda cuidar con seguridad de usted mismo cuando deje el hospital o el consultorio médico.
- Ser abierto y honesto con nosotros sobre su historial médico, incluyendo todos los medicamentos que está tomando y cualquier sustancia legal o ilegal adictiva que utilice.
- Informarnos sobre cualquier situación en casa o trabajo que podría afectar su capacidad de cuidar de sí mismo, para que podamos dirigirle a los recursos que pueden ayudar.
- Informarnos si considera que no puede seguir un plan de atención que fue prescrito o informarnos cuando las cosas parecen no ir tan bien, de tal manera que juntos podamos desarrollar el plan de atención correcto para usted.
- Nombrar un apoderado de atención médica y completar instrucciones de atención anticipadas, para que podamos saber qué tipo de atención desea tener, en caso de que no pueda decirnos.
- Expresar sus inquietudes a los encargados del cuidado de manera respetuosa (si necesita asistencia adicional o si está enojado o molesto sobre su atención, un representante de Relaciones con el paciente de BWH o del Comité de ética le puede ayudar).
- Ser honesto con nosotros sobre sus necesidades financieras para que podamos conectarlo con los recursos que le pueden ayudar a cubrir sus gastos médicos.
- Informarnos si tiene objeciones a que estudiantes o investigadores participen en su atención. Como un afiliado de la enseñanza de Harvard Medical School, BWH capacita a profesionales de la atención médica e investigadores médicos de todas las disciplinas, y sus deseos siempre determinan la medida en que ellos participan en su atención.
- **Seguir las reglas y regulaciones de Brigham and Women's Hospital.**
- **Ser considerado con el personal y la propiedad de Brigham and Women's Hospital, así como con otros pacientes y su propiedad.**



Sus derechos como paciente

Las leyes federales y estatales establecen derechos específicos de los pacientes. En Brigham and Women's Hospital, reconocemos nuestra responsabilidad de respetar estos derechos así como de informarle sobre ellos. Lo siguiente resume la ley federal y la Declaración de derechos de los pacientes de Massachusetts.

- Tiene derecho a obtener el nombre y especialidad del médico u otra persona responsable de su atención.
- Tiene derecho a la confidencialidad de todos los registros y comunicaciones con relación a su historial médico y tratamiento en la medida prevista por la ley.
- Tiene derecho a una respuesta rápida para todas las solicitudes razonables.
- Tiene derecho a solicitar y recibir una explicación en cuanto a la relación, en su caso, de este hospital y de su médico, con cualquier otro centro de atención médica o institución educativa, en la medida en que tal relación tenga que ver con su atención.
- Tiene derecho a solicitar y recibir la información sobre la asistencia financiera y atención médica sin costo.
- Tiene derecho a obtener una copia de todas las reglas o regulaciones de este hospital, que pueden aplicar a su conducta como paciente.
- Tiene derecho, si lo solicita, a inspeccionar sus registros médicos, solicitar una modificación o recibir un detalle sobre las divulgaciones con relación a su información médica personal, y por una tarifa razonable, a recibir una copia de sus registros.
- Tiene derecho a recibir una copia gratuita de sus registros médicos si demuestra que su solicitud es para apoyar un reclamo o apelación bajo cualquier disposición de la Ley del Seguro Social en cualquier programa de beneficios federal o estatal basado en las necesidades financieras.
- Tiene derecho a negarse a ser observado, examinado o tratado por los estudiantes o por cualquier otro personal sin poner en riesgo su acceso a la atención.
- Tiene derecho a negarse a participar como un sujeto de investigación.
- Tiene derecho a la dignidad personal, en la medida razonablemente posible, a la privacidad durante el tratamiento médico y otra atención.
- Tiene derecho a que se respeten sus valores, creencias y preferencias culturales, psicosociales, espirituales y personales.
- Tiene derecho a solicitar servicios pastorales u otros servicios espirituales.
- Tiene derecho al control del dolor.
- Tiene derecho a un tratamiento rápido para salvar la vida sin discriminación debido a la condición económica o fuente de pago.
- Tiene derecho, si es una mujer víctima de violación en edad fértil, a recibir información médica y de hecho escrita preparada por el comisionado de salud pública sobre la anticoncepción de emergencia; a que se le ofrezca rápidamente anticoncepción de emergencia y a que le proporcionen anticoncepción de emergencia si lo solicita.
- Tiene derecho a que si rechaza el tratamiento por la condición económica o falta de fuente de pago, a una transferencia inmediata y segura a un centro que acepte proporcionar el tratamiento.
- Tiene derecho a un consentimiento informado en la medida permitida por la ley.
- Tiene derecho, si sufre de cualquier forma de cáncer de seno, a información completa sobre todos los tratamientos médicos que son médicamente viables.
- Tiene derecho, si es paciente de maternidad, a recibir información sobre el índice de partos por cesárea del hospital y las estadísticas relacionadas.
- Tiene derecho a solicitar y recibir una explicación detallada de su factura médica.
- Tiene derecho a presentar un reclamo con el hospital si tiene inquietudes con relación a su atención y tratamiento. Además, tiene derecho a presentar un reclamo ya sea con el Departamento de Salud Pública de Massachusetts, División de calidad de la atención médica (Massachusetts Department of Public Health, Division of Health Care Quality), (617-753-8000) 99 Chauncy Street, 2nd Floor, Boston, MA 02111, con la Junta de registro en medicina de Massachusetts (Massachusetts Board of Registration), 560 Harrison Avenue, Boston, MA 02118, o con la Comisión conjunta de acreditación de organizaciones de atención médica, Oficina de supervisión de la calidad (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, Office of Quality Monitoring), 1 Renaissance Boulevard, Oakbrook Terrace, IL 60181.
- Si le gustaría recibir una copia de la ley completa, llame a la Oficina de admisión al (617) 732-7450, o extensión 7450.