



Metro Atlanta Urology
AND
Pelvic Health Center

HOMBRE
Registro de Paciente Nuevo

DATOS DEMOGRÁFICOS

Información del paciente: ¿Necesita ayuda con los formularios? S N

Género: Hombre Mujer Otro: _____ Pronombres preferidos: Ella Él Ellos

Idioma preferido: Inglés Español Otro: _____

Seguro social: _____ - _____ - _____ Estado civil: _____ Raza: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Podemos dejar: un mensaje de voz detallado? S N un mensaje de texto detallado? S N

Médico de atención primaria: (Nombre) _____ (Teléfono) _____

Médico de referencia: (Nombre) _____ (Teléfono) _____

Farmacia preferida: (Nombre) _____ (Teléfono) _____

¿Cuenta con un cardiólogo? S N Nombre del cardiólogo: _____ (Teléfono) _____

Contacto de emergencia: (Nombre) _____ (Teléfono) _____ Relación: _____

¿Vive en una institución de vivienda asistida? S N Nombre de la institución: _____

(Ciudad) _____ (Estado) _____ ¿Tiene una Directiva anticipada (Testamento en vida)? S N

EMPLEO

Empleador: _____ Ocupación _____

Teléfono _____ (Dirección) _____

(Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____

AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Se me ha proporcionado una copia de las Prácticas de Privacidad de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center según lo requerido por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA) para asegurarme de que he sido informado(a) de mis derechos de privacidad. _____ **Iniciales aquí**

Nombre del paciente: _____ Fecha nac.: _____ Teléfono: _____

Autorizo a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center para que divulgue mi información médica a las personas u organizaciones que se indican a continuación:

Nombre: _____ Nombre: _____

Relación: _____ Teléfono: _____ Relación: _____ Teléfono: _____

Al firmar este documento, reconozco lo siguiente:

- He revisado esta autorización para divulgar mi historial médico y confirmo que es correcta.
- Entiendo que esta autorización permanecerá en efecto por un periodo de 1 (un) año, a menos que sea revocada.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento escribiendo a:
Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, ATTN: Medical Records
1301 Shiloh Rd NW, Suite 660, Kennesaw, GA 30144: La revocación se hará efectiva una vez recibido el aviso.

Firma del paciente (o tutor) _____
Fecha



POLÍTICA DE PAGO	<p>Por favor, <u>ponga sus iniciales y firme</u> en señal de aceptación y consentimiento del Tratamiento Médico, el <u>Aviso de Prácticas de Privacidad, la Autorización para divulgar información médica y la Política de Pago.</u></p> <p>Gracias por elegir a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center como su proveedor. Nos comprometemos a proporcionarle una atención médica asequible y de calidad. Por favor, asegúrese de leer cuidadosamente nuestra Política de Pago. Se proporcionará una copia a pedido.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Seguro. Participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo Medicare. Es su responsabilidad conocer los beneficios de su seguro. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que pueda tener con respecto a su cobertura. • Cuota de Reserva. Las cirugías, los procedimientos en el consultorio y las pruebas de diagnóstico en el consultorio requieren una tarifa de programación de \$75 para asegurar la cita. En el momento de la reserva, se le proporcionará el monto de la tarifa de reserva y las instrucciones de pago. Los pagos se pueden realizar a través de un enlace de pago enviado o en persona en la clínica. La cita no se confirma hasta que se completa el pago de la tarifa de programación. Las tarifas de programación son reembolsables contra el tratamiento, pero no son reembolsables ni transferibles si una cita se cancela o se reprograma menos de 3 días hábiles antes de la fecha programada. • Copagos y deducibles. Todos los copagos y deducibles deben pagarse en el momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguros. Si su cuenta es transferida a una agencia de cobranzas, se añadirá un cargo de 100 dólares por procesamiento de cobranza a cualquier saldo pendiente. • “No-show” o cancelación fuera de plazo. Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación, aplicaremos un cargo de servicio de \$75 por "no presentarse" a su cuenta. Esta tarifa no se aplicará la primera vez para dar cuenta de las emergencias. • Servicios no cubiertos. Tenga en cuenta que algunos de los servicios que reciba pueden no estar cubiertos o no ser considerados razonables o necesarios por Medicare u otras aseguradoras. Usted debe pagar por estos servicios en su totalidad en el momento de la visita. • Prueba de seguro. Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de consultar con el médico. Para proporcionar una prueba de seguro, debemos obtener una copia de su licencia de conducir y un seguro válido actual. Si no nos proporciona la información correcta del seguro de manera oportuna, usted puede ser responsable del saldo de una reclamación. • Presentación de reclamaciones. Presentaremos sus reclamaciones y le ayudaremos de cualquier manera que podamos para que estas sean pagadas. Por favor, tenga en cuenta que cualquier saldo no pagado es su responsabilidad. • Cambios en la cobertura. Si su seguro cambia, por favor notifíquenos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarle a recibir sus máximos beneficios. • Falta de pago. Si su cuenta está atrasada más de 90 días, recibirá una carta indicando que tiene 20 días para pagar su cuenta. Tenga en cuenta que si un saldo sigue sin pagar, podemos remitir su cuenta a una agencia de cobranzas. <p style="text-align: right;">_____ INICIALES AQUÍ</p>
	<p>He revisado y doy mi consentimiento para lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicito voluntariamente tratamiento y consiento a que mi proveedor me proporcione atención. Dicha atención puede incluir, entre otras cosas, procedimientos de diagnóstico, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y proceso de atención. • Reconozco que mi tratamiento está destinado a tratar enfermedades específicas y no pretende sustituir a un médico de atención primaria y que no se puede dar o se ha dado ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center. • En el caso de que un empleado se pinchara con una aguja o se expusiera de alguna otra manera a mi sangre o fluidos corporales, consiento en que se me haga una prueba de VIH o de Hepatitis C y B. <p style="text-align: right;">_____ INICIALES AQUÍ</p>
FIRMAS	<p>Al firmar abajo, reconozco que he revisado la política de pagos de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center y doy mi consentimiento para el tratamiento médico.</p> <p>Escriba el nombre de la persona que firma: _____ Relación con el paciente: _____</p>
	<p style="text-align: center;">Firma del paciente (o tutor) Fecha</p>



Metro Atlanta Urology
AND
Pelvic Health Center

Anual - Política financiera y consentimientos

POLITICA DE NO PRESENTACION/CANCELACION TARDIA	<p>Programamos nuestras citas para que cada paciente reciba la cantidad de tiempo adecuada para ser atendido por nuestros médicos y personal. Por eso es muy importante que cumpla con su cita programada con nosotros y llegue a tiempo.</p> <p>Como cortesía, y para ayudar a los pacientes a recordar sus citas programadas, Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center envía recordatorios por mensaje de texto y correo electrónico 1 semana, 2 días y 1 hora antes de la hora de la cita.</p> <p>Si su horario cambia y no puede asistir a su cita, comuníquese con nosotros para que podamos reprogramarlo y acomodar a los pacientes que están esperando una cita. Como cortesía a nuestra oficina, así como a aquellos pacientes que están esperando para programar con el médico, avísenos con al menos 24 horas de anticipación.</p> <p>Si no cancela o reprograma su cita con al menos 24 horas de anticipación, aplicaremos un cargo de servicio de \$75 por "no presentarse" a su cuenta. Este "cargo por no presentarse" no es reembolsable por su compañía de seguros. Se le facturará directamente por ello y no se le permitirá reprogramar hasta que se pague la tarifa. Entendemos que ocurren emergencias y no cobraremos la tarifa la primera vez.</p> <p>Después de tres ausencias consecutivas a su cita, nuestra práctica puede decidir terminar su relación con usted.</p>
FIRMAS	<p>Entiendo la política de "ausencia" de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center y acepto proporcionar un número de tarjeta de crédito, a la que se le puede cobrar \$ 75 por cualquier "ausencia" de una cita programada. Entiendo que debo cancelar o reprogramar cualquier cita con al menos 24 horas de anticipación para evitar un posible cargo por no presentarse en la tarjeta de crédito proporcionada.</p> <hr/> <p>Firma del paciente (o tutor) Fecha</p>



Autorización para obtener información médica protegida

Nombre del paciente (APELLIDO) _____ (NOMBRE) _____ (INICIAL SEGUNDO NOMBRE) _____

(Sufijo) _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Teléfono: _____

Autorizo a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center a obtener y a las instituciones nombradas a divulgar a Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center mi información médica.

Esta divulgación se aplica a:

Toda mi información médica

Información médica relacionada con el siguiente tratamiento, dolencia o fechas

Otro

Solo para uso de oficina

Institución: (Nombre) _____

Dirección:

Teléfono: _____

(Fax) _____

Firma del paciente (o tutor)

Fecha

Escriba el nombre de la persona que firma

Relación con el paciente



	Paciente: _____ Nombre: _____ Por favor, indíquenos el motivo de su visita de hoy: _____	Fecha de nacimiento: _____
ALERGIAS	¿Le han informado que tiene alguna alergia nueva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Látex <input type="checkbox"/> Curitas/Adhesivos <input type="checkbox"/> Yodo	
	• Enumere todas las alergias a los medicamentos	
	Nombre del medicamento	Reacción al medicamento
• ¿Es alérgico al colorante IVP? _____ <input type="checkbox"/> sin alergias conocidas		
ACTUALES	• Enumere TODOS los medicamentos actuales, incluyendo los de venta libre, los anticonceptivos, las vitaminas, las hierbas y los recetados.	
	Nombre y dosis del medicamento	Nombre y dosis del medicamento
ANTERIORES	• Enumere TODAS las dolencias actuales o anteriores	
	• Enumere TODAS las cirugías incluyendo el año	
HISTORIAL FAMILIAR	¿Hay antecedentes familiares de cáncer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Por favor responda lo siguiente:	
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Madre: _____ <input type="checkbox"/> Viva <input type="checkbox"/> Fallecida
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Padre: _____ <input type="checkbox"/> Vivo <input type="checkbox"/> Fallecido
	¿Relación? _____ Tipo: _____	Causa de la muerte: _____
CONSUMOS SOCIALES	Consumo de tabaco	
	• ¿Consume productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Cuánto tiempo?) _____ (¿Cuánto?) Paquetes por día: _____	
	• ¿Fue fumador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Fecha en que dejó de fumar?) _____	
	Consumo de alcohol	
• ¿Consume alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (¿Tipo?) <input type="checkbox"/> Cerveza <input type="checkbox"/> Vino <input type="checkbox"/> Licor		
¿Cuánto? _____ tragos por <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes (¿Fecha del último trago?) _____ / _____ / _____		
Consumo de drogas ¿Utiliza habitualmente alguna sustancia ilegal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Metro Atlanta Urology
AND
Pelvic Health Center

**Estudio sobre la vejiga –
HOMBRE UDI-6/IIQ-7**

Nombre:

Fecha nac.:

Fecha de hoy:

**Las siguientes preguntas se refieren a su vejiga y función urinaria.
Por favor, revise y responda todas las preguntas lo mejor que pueda.**

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? De ser así, cuánto le molesta
(Marque todo lo que corresponda)

En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?

En absoluto

Un poco

Medianamente

Bastante

1. Micción frecuente

0

1

2

3

2. Pequeñas cantidades de pérdida de orina (gotas)

0

1

2

3

3. Pérdida asociada con una sensación de urgencia, es decir, una fuerte sensación de tener que ir al baño

0

1

2

3

4. Pérdida de orina relacionada con actividad física (tosar, estornudar o reír)

0

1

2

3

5. Dificultad para vaciar la vejiga

0

1

2

3

6. Dolor o malestar en la parte inferior del abdomen o región genital

0

1

2

3

¿La pérdida de orina ha afectado su(s)
(Marque todo lo que corresponda)

En absoluto

Ligeramente

Medianamente

En gran medida

1. Disposición para hacer las tareas domésticas (cocinar, limpiar la casa, lavar la ropa)

0

1

2

3

2. Recreación física como caminar, natación u otro ejercicio.

0

1

2

3

3. Actividades de entretenimiento (películas, conciertos, etc.)

0

1

2

3

4. Disposición para viajar en auto o autobús a más de 30 minutos de distancia de casa

0

1

2

3

5. Participación en actividades sociales fuera de casa

0

1

2

3

6. Salud emocional (nerviosismo, depresión, etc.)

0

1

2

3

7. Sensación de frustración

0

1

2

3

• Si marcó "Sí" a cualquiera de los problemas anteriores, ¿durante cuánto tiempo ha estado experimentando esto?
 Menos de 1 año Alrededor de 1 año Alrededor de 2 años 3 a 5 años Más de 5 años

- En promedio, ¿cuántas veces orina durante el día (horas de vigilia)? _____
- En promedio, ¿cuántas veces orina durante la noche (horas de sueño)? _____
- Si pierde orina, ¿con qué frecuencia ocurre esto?
 - Todos los días Unas cuantas veces por semana Unas cuantas veces al mes
 - Nunca Menos de una vez por semana
- Si pierde orina, ¿cuánta pierde en un momento dado? Gotas Pequeñas salpicaduras Más
- ¿La pérdida de orina ha hecho que se sienta frustrado? En absoluto Ligeramente Medianamente Mucho
- ¿Alguna vez ha perdido orina al dormir? Sí No
- ¿Alguna vez ha perdido orina sin darse cuenta? Sí No
- ¿Qué eventos desencadenan la pérdida de orina? **(Marque todo lo que corresponda)**
 - Toser Reír Estornudar Ejercitarse Tener sexo
 - Cambiar de posición Urgencia Otro: _____



Nombre:

Fecha nac.:

Fecha de hoy:

Las siguientes preguntas se refieren a su función intestinal. Por favor, revise y responda todas las preguntas

¿Suele experimentar alguno de los siguientes síntomas? (Marque todo lo que corresponda)

Necesidad de pujar para defecar
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Sensación de que no ha vaciado completamente los intestinos al terminar de defecar
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Pérdida de heces fuera de su control si las heces están bien formadas
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Pérdida de heces fuera de su control si las heces están sueltas
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Pérdida de gases por el recto fuera de su control
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Dolor al evacuar
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Fuerte necesidad de correr al baño para defecar
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

Parte de su intestino pasa por el recto y sobresale por fuera durante o después de una deposición
En caso afirmativo, ¿cuánto le molesta esto?
 En absoluto Un poco Medianamente Bastante

• Si tiene pérdidas de heces y/o gases, ¿con qué frecuencia sucede esto?
 Diariamente Unas cuantas veces por semana Unas cuantas veces al mes Cada pocos meses

• ¿Utiliza paños o protectores para la pérdida de heces? Sí No

• ¿Sufre de estreñimiento? Sí No

• ¿Sufre de heces duras que son difíciles de evacuar? Sí No

• En promedio, ¿cuántas deposiciones tiene a la semana? _____

• ¿Tiene diarrea? Sí No



- **¿Ha probado alguno de los siguientes tratamientos para los intestinos? (Marque todo lo que corresponda)**
 - Suplementación con fibra Ablandadores de heces Laxantes Enemas Linzess/Linaclotida
 - Prudac/Prucaloprida Xifaxin/Rifaximina Viberzi/Eluxadolina Lomotil
 - Imodium Otro _____

- **¿Ha tenido alguno de los siguientes tratamientos para la filtración intestinal? (Marque todo lo que corresponda)**
 - Esfincteroplastia PNE/Interstim PTNS Inyección de Solesta Botox
 - Esfínter artificial TOPAS Engrosamiento del esfínter anal Terapia física para el suelo pélvico

- **¿Cuándo fue su última colonoscopia? _____**
 - Normal Anormal [Resultados _____]

- **¿Tiene antecedentes de cualquiera de los siguientes? (Marque todo lo que corresponda)**
 - Hemorroides Fisuras anales Fístulas anales Enfermedad inflamatoria intestinal
 - Cáncer colorrectal Prolapso rectal IBS Motilidad GI lenta Enfermedad celíaca
 - Enfermedad de Hirschsprung Otro _____



Por favor, marque la respuesta que mejor lo describa. Su proveedor utilizará este formulario para evaluar sus síntomas y discutirá su puntuación con usted.

SHIM	Nombre: _____				
En los últimos 6 meses	Muy baja	Baja	Moderada	Alta	Muy alta
¿Cómo clasifica la confianza en sí mismo para obtener y mantener una erección?	1	2	3	4	5
En los últimos 6 meses	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Cuando tuvo erecciones con estimulación sexual, ¿con qué frecuencia las erecciones fueron lo suficientemente rígidas para la penetración?	1	2	3	4	5
En los últimos 6 meses	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Durante las relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia pudo mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	1	2	3	4	5
En los últimos 6 meses	Sumamente difícil	Muy difícil	Difícil	Ligeramente difícil	No es difícil
Durante las relaciones sexuales, ¿cuán difícil fue mantener la erección para completar el coito?	1	2	3	4	5
En los últimos 6 meses	Casi nunca o nunca	Unas cuantas veces	Algunas veces	La mayoría de las veces	Casi siempre o siempre
Cuando intentó llegar al coito, ¿con qué frecuencia tuvo una experiencia satisfactoria?	1	2	3	4	5

Puntuación total: _____

1-7 ED grave 8-11 ED moderada 12-16: ED leve a moderada 17-21: ED leve 22-25: No presenta ED

Adjunto a SHIM					
1. ¿Tiene pérdidas de orina cuando tiene actividad sexual u orgasmo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
	Nunca o casi nunca [0%]	Menos de la mitad del tiempo [25%]	Aprox. la mitad del tiempo [50%]	Más de la mitad del tiempo [75%]	Siempre o casi siempre [100%]
2. ¿Eyacula antes de lo que desearía?	0	1	2	3	4
3. ¿Eyacula con muy poca estimulación?	0	1	2	3	4
4. ¿Ha notado una curvatura o forma anormal en el pene durante las erecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
5. ¿Esta deformidad del pene afecta negativamente el sexo para usted o su pareja? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					



Muchos hombres mayores de 40 años sufren de Hiperplasia Prostática Benigna (BPH). Se trata de un agrandamiento no canceroso de la próstata. Su proveedor utilizará este formulario para evaluar sus síntomas y discutirá su puntuación con usted.

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE AUA Y BPH		Nombre:				
INSTRUCCIONES - Pensando en el último mes, marque lo que mejor describa lo siguiente. Luego sume todos los números marcados para obtener la puntuación total	En absoluto	Menos de 1 - 5 veces	Menos de la mitad del tiempo	Aproximadamente la mitad	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
VACIADO INCOMPLETO – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia ha tenido la sensación de no vaciar completamente la vejiga después de terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que orinar de nuevo menos de 2 horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
INTERMITENCIA – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia paró y volvió a empezar varias veces mientras orinaba?	0	1	2	3	4	5
URGENCIA PARA ORINAR – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia le resultó difícil posponer la micción?	0	1	2	3	4	5
FLUJO DÉBIL – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo un flujo urinario débil ?	0	1	2	3	4	5
ESFORZARSE – Durante el mes pasado, ¿con qué frecuencia tuvo que empujar o esforzarse para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
MICCIÓN POR LA NOCHE – Durante el mes pasado, ¿cuántas veces normalmente se levanta por la noche para orinar después de acostarse?	0	1	2	3	4	5
Puntuación de los síntomas: 1 – 7 Leve, 8 – 19 Moderado, 20 – 35 Grave				PUNTUACIÓN TOTAL:		

PUNTUACIÓN DE MOLESTIA DEBIDO A SÍNTOMAS URINARIOS						
Califique el nivel de molestia de sus síntomas urinarios al comprobar lo que mejor describa sus sentimientos	Encantado	Complacido	Mayormente satisfecho	Contradictorio	Mayormente insatisfecho	Pésimo
¿Cómo se sentiría viviendo el resto de la vida con la condición urinaria que actualmente presenta?	0	1	2	3	4	5

<p>¿Está interesado en una intervención quirúrgica mínimamente invasiva?</p>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	------------------------------------	------------------------------------



Nombre del paciente (APELLIDO)_(NOMBRE)____(INICIAL SEGUNDO NOMBRE)____(Sufijo)_____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Teléfono: _____

Es posible que reciba terapia con opioides/narcóticos a corto plazo después de la operación como tratamiento para el dolor. Es vital que entienda que estas drogas son muy útiles pero tienen un potencial de uso indebido y por lo tanto están estrechamente controladas por los gobiernos locales, estatales y federales.

Este tratamiento tiene como objetivo:

- Reducir el dolor
- Mejorar su nivel de funcionamiento en la realización de sus actividades cotidianas.

Nuestro objetivo en Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center es no iniciar o continuar la terapia con opioides siempre que sea posible, pero a veces esto puede estar justificado para un manejo más efectivo del dolor.

NINGÚN médico de la práctica de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center prescribirá recetas a largo plazo para el dolor crónico. Cualquier persona que necesite una terapia con opioides/narcóticos a largo plazo para el dolor crónico será remitida a un especialista en el manejo del dolor.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Los posibles efectos secundarios y riesgos de estos medicamentos incluyen, pero no se limitan a:

- Cambios de humor
- Somnolencia
- Mareos
- Estreñimiento
- Náuseas
- Confusión
- Disminución de la función sexual y de la libido (Sus niveles hormonales pueden controlarse durante el tratamiento)

Muchos de estos efectos secundarios se resolverán en días o semanas. El estreñimiento a menudo persiste y puede requerir medicación adicional.

Si persisten otros efectos secundarios, se pueden probar diferentes opioides, o se pueden discontinuar.

Usted **NO** debe:

- **Operar un vehículo o maquinaria**
 - Se considera médicamente aceptable conducir mientras se toman opioides para el dolor crónico siempre que no se tengan efectos secundarios como sedación o alteración del estado mental. Estos efectos secundarios no suelen ocurrir mientras se toman opioides/narcóticos de forma crónica. Sin embargo, es posible que se considere que usted está conduciendo bajo la influencia del alcohol si la policía lo detiene mientras conduce.
- **Consumir NINGÚN tipo de alcohol mientras toma opioides/narcóticos**
 - Los efectos del alcohol y los sedantes se suman a los de los opioides/narcóticos. Si toma estas sustancias en combinación con opioides/narcóticos, puede producirse una situación peligrosa, como el coma, el daño a los órganos o incluso **LA MUERTE**.
- **Tomar cualquier otro sedante no prescrito mientras toma opioides/narcóticos**

Iniciales del paciente: _____



RIESGOS

- **Dependencia**
 - La dependencia física es un efecto secundario previsto de la terapia con opioides/narcóticos a largo plazo. Esto significa que si usted toma opioides/narcóticos continuamente, y luego los deja abruptamente, experimentará síndrome de abstinencia. Este síndrome a menudo incluye sudoración, diarrea, irritabilidad, insomnio, secreción nasal, lagrimeo, dolor muscular y óseo, piel de gallina y pupilas dilatadas. El síndrome de abstinencia puede poner en peligro la vida. Para prevenir estos síntomas, los opioides/narcóticos deben tomarse regularmente o, si se dejan de tomar, deben reducirse gradualmente bajo la supervisión de su médico.

- **Tolerancia**
 - Con el uso continuado, es posible que se presente tolerancia al efecto analgésico de los opioides/narcóticos. Esto significa que se necesita más medicación para lograr el mismo nivel de control del dolor que se experimentó cuando se inició la terapia con opioides/narcóticos. Esto puede ocurrir aunque no haya habido ningún cambio en su condición subyacente de dolor. Cuando se produce la tolerancia, a veces es necesario disminuir o suspender el opioide/narcótico. A veces la tolerancia puede tratarse sustituyendo un opioide/narcótico por otro. Al inicio, se deben ajustar las dosis de los medicamentos para lograr un efecto terapéutico y de alivio del dolor; los ajustes ascendentes durante este periodo no se consideran tolerancia.

- **Aumento del dolor (Hiperalgnesia)**
 - Se desconocen los efectos a largo plazo de los opioides/narcóticos en los sistemas de lucha contra el dolor del propio organismo. Algunas pruebas sugieren que los opioides/narcóticos pueden interferir en la modulación del dolor, lo que da lugar a una mayor sensibilidad al mismo. A veces, las personas que han tomado opioides/narcóticos durante mucho tiempo, pero que siguen teniendo dolor, notan una disminución del mismo después de varias semanas sin tomar los medicamentos.

- **Adicción**
 - La adicción es una enfermedad primaria, crónica, neurobiológica, con factores genéticos, psicosociales y ambientales que influyen en el desarrollo y las manifestaciones. Se caracteriza por comportamientos que incluyen uno o más de los siguientes:
 - Deterioro del control sobre el uso de las drogas
 - Uso compulsivo
 - Uso continuado a pesar del daño
 - Ansias

RIESGO PARA LOS NIÑOS POR NACER

Los niños nacidos de mujeres que toman regularmente opioides/narcóticos probablemente serán físicamente dependientes al nacer. Las mujeres en edad de procrear deben mantener un control de la natalidad seguro y eficaz mientras estén en terapia de opioides y narcóticos.

Si queda embarazada, contacte inmediatamente con su médico para que le reduzcan o detengan la medicación.

EFFECTOS SECUNDARIOS A LARGO PLAZO

El efecto a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos no se conoce del todo. La mayoría de los efectos a largo plazo se ha indicado anteriormente. Si tiene preguntas adicionales sobre los posibles efectos a largo plazo de la terapia con opioides y narcóticos, consulte a su médico.

Iniciales del paciente: _____



USO Y PRESCRIPCIONES DE MEDICAMENTOS OPIOIDES/NARCÓTICOS

Su médico le recetará la medicación para controlar el dolor. Basándose en sus necesidades individuales, se le proporcionará la medicación prescrita a corto plazo o después de la operación.

- Usted acepta y entiende que el aumento de su dosis sin la estrecha supervisión de su médico podría conducir a una sobredosis de drogas, causando sedación severa, depresión respiratoria y/o la muerte.
- Usted está de acuerdo y entiende que los medicamentos opioides y narcóticos han sido estrictamente prescritos para usted, y que estos NUNCA deben ser suministrados a otras personas.
- Usted está de acuerdo en adquirir las recetas de opiáceos/narcóticos en una farmacia.
- Usted está de acuerdo en guardar sus medicamentos opioides y narcóticos en un lugar seguro y bajo llave para evitar su pérdida o robo. Usted es responsable de cualquier pérdida o robo.
- Usted acepta que las recetas o medicamentos que resulten perdidos, robados o destruidos no serán reemplazados, y pueden resultar en la interrupción del tratamiento.
- Usted se compromete a obtener medicamentos opioides y narcóticos de un médico que se los prescriba o del reemplazo de dicho médico si el médico que se los prescribió no se encuentra disponible y ha autorizado a su reemplazo para que le proporcione el tratamiento.
- Usted acepta someterse a análisis de sangre y/u orina para controlar los niveles de medicación u otras drogas y cualquier efecto secundario en los órganos. También acepta que se notifiquen los resultados a otros médicos y a las fuerzas del orden.
- Usted entiende y acepta que si pierde su medicación o se le acaba antes de tiempo debido al uso excesivo, puede experimentar y pasar por la abstinencia de opioides/ narcóticos. Además, usted entiende y acepta que es el único responsable de sus propios medicamentos.
- Usted se compromete a proporcionar una lista de su farmacia en la que se detallen todos los medicamentos recibidos de esa farmacia y a proporcionar listas actualizadas según lo solicite su médico.

Para los pacientes que toman metadona: La metadona tiene interacciones significativas con muchos otros medicamentos. Algunos de estos medicamentos pueden reducir la capacidad de su organismo para metabolizar la metadona, AUMENTANDO así este opioide en su cuerpo, lo que podría ser peligroso. Por lo tanto, mientras tome metadona usted DEBE notificar a este consultorio acerca de TODOS los medicamentos prescritos que tome para CUALQUIER dolencia.

SE PODRÍA DESCONTINUAR LA TERAPIA CON OPIOIDES/NARCÓTICOS SI USTED:

- Desarrolla una tolerancia progresiva que no puede ser manejada con el cambio de medicamentos.
- Experimenta efectos secundarios que no se pueden controlar.
- Experimenta una disminución de la función o un mal control del dolor.
- Desarrolla signos de adicción
- Abusa de cualquier otra sustancia controlada (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Obtiene y/o consume drogas callejeras (esto puede determinarse mediante análisis de sangre y orina al azar)
- Aumenta la medicación sin el consentimiento de su médico
- Obtiene opioides/narcóticos de otros médicos o fuentes
- Adquiere recetas en otras farmacias sin explicación
- Vende, regala o pierde medicamentos
- Infringe cualquiera de los términos de este acuerdo

Iniciales del paciente: _____



AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO Y ACEPTO LO SIGUIENTE:

- He leído y entiendo completamente el Acuerdo y Consentimiento Informado entre Médico y Paciente para Terapia con Opioides o Narcóticos para el Tratamiento del Dolor
- Se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas sobre el tratamiento propuesto (incluido el no tratamiento), posibles riesgos, complicaciones, efectos secundarios y beneficios.
- Acepto y estoy de acuerdo en asumir los riesgos del tratamiento propuesto tal como se presenta.
- Estoy de acuerdo en cumplir con los términos de este acuerdo.

Nombre del paciente (Escriba claramente)

Firma del paciente

Fecha

Nombre del testigo (Escriba claramente)

Firma del testigo

Fecha

Nombre del médico (Escriba claramente)

Firma del médico

Fecha



Metro Atlanta Urology
and
Pelvic Health Center

AVISO DE PRIVACIDAD METRO ATLANTA UROLOGY AND PELVIC HEALTH CENTER, LLC.

AVISO DE POLÍTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN, Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVISELO CUIDADOSAMENTE.

Introducción

En Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center estamos comprometidos a tratar y utilizar la información de salud protegida sobre usted de manera responsable. Este Aviso de prácticas de información de salud describe la información personal que recopilamos y cómo y cuándo usamos o divulgamos esa información. También describe sus derechos en relación con su información de salud protegida. Este Aviso entra en vigencia el 1 de mayo de 2022 y se aplica a toda la información de salud protegida según lo definido por las regulaciones federales.

Comprender su registro/información de salud

Cada vez que visita el Centro de Urología y Salud Pélvica de Metro Atlanta, se crea un registro de su visita. Por lo general, este registro contiene sus síntomas, exámenes y resultados de pruebas, diagnósticos, tratamiento y un plan para atención o tratamiento futuros. Esta información, a menudo denominada registro médico o de salud, sirve como:

1. Base para planificar su atención y tratamiento
2. Medio de comunicación entre los muchos profesionales de la salud que contribuyen a su atención,
3. Documento legal que describe la atención que recibió,
4. Medios por los cuales usted o un tercero pagador pueden verificar que los servicios facturados se prestaron realmente.
5. Una herramienta en la educación de los profesionales de la salud.
6. Una fuente de datos para la investigación médica.
7. Una fuente de información para los funcionarios de salud pública encargados de mejorar la salud de este estado y la nación,
8. Una fuente de datos para nuestra planificación y marketing,
9. Una herramienta que podemos evaluar y trabajar continuamente para mejorar la atención que brindamos y los resultados que logramos.

Comprender qué hay en su registro y cómo se usa su información de salud lo ayuda a: garantizar su precisión, comprender mejor quién, qué, cuándo, dónde y por qué otros pueden acceder a su información de salud y tomar decisiones más informadas al autorizar la divulgación a otros.

Sus derechos de información de salud

Aunque su expediente médico es propiedad física de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, la información le pertenece a usted. Tiene derecho a:

1. Obtener una copia impresa de este aviso de prácticas de información previa solicitud,
2. Inspeccionar y copiar su expediente médico según lo dispuesto en 45 CFR 164.528,
3. Solicitar comunicaciones de su información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos,
4. Solicitar una restricción sobre ciertos usos y divulgaciones de su información según lo dispuesto en 45 CFR 164.522, y
5. Revocar su autorización para usar o divulgar información de salud, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas.

Nuestras Responsabilidades

El Centro de Urología y Salud Pélvica de Metro Atlanta está obligado a:

1. Mantener la privacidad de su información de salud,
2. Proporcionarle este aviso sobre nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted,
3. Cumplir con los términos de este aviso,
4. Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada, y
5. Dar cabida a solicitudes razonables que pueda tener para comunicar información de salud por medios alternativos o en lugares alternativos.

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas y hacer efectivas las nuevas disposiciones para toda la información de salud protegida que mantenemos. Si nuestras prácticas de información cambian, publicaremos un aviso revisado en nuestras oficinas. No usaremos ni divulgaremos su información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También dejaremos de usar o divulgar su información de salud después de haber recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

Ejemplos de Divulgaciones para Pago de Tratamiento y Operaciones de Salud

Usaremos su información de salud para el tratamiento.

Por ejemplo: La información obtenida por una enfermera, un médico u otro miembro de su equipo de atención médica se registrará en su registro y se utilizará para determinar el curso de tratamiento que debería funcionar mejor para usted. Su médico documentará en su registro sus expectativas de los miembros de su equipo de atención médica. Los miembros de su equipo de atención médica registrarán las acciones que tomaron y sus observaciones. De esa manera, el médico sabrá cómo está respondiendo al tratamiento.

We will use your health information for payment.

Por ejemplo: se le puede enviar una factura a usted o a un tercero pagador. La información en la factura o que la acompañe puede incluir información que lo identifique, así como su diagnóstico, procedimientos y suministros utilizados.

Usaremos su información de salud para operaciones regulares de salud.

Por ejemplo: Los miembros del personal médico, el gerente de mejora de calidad o riesgo, o los miembros del equipo de mejora de calidad pueden usar la información de su expediente médico para evaluar la atención y los resultados en su caso y otros similares. Esta información se utilizará luego en un esfuerzo por mejorar continuamente la calidad y la eficacia de la atención médica y los servicios que brindamos.

Socios comerciales: Estos son algunos de los servicios prestados en nuestra organización a través de contactos con socios comerciales. Los ejemplos incluyen servicios médicos en el departamento de emergencias y radiología, ciertas pruebas de laboratorio y un servicio de copias que usamos cuando hacemos copias de su expediente médico. Cuando se contratan estos servicios, podemos divulgar su información de salud a nuestro socio comercial para que pueda realizar el trabajo que le hemos pedido que haga y facturarle a usted o a un tercero pagador por los servicios prestados. Sin embargo, para proteger su información de salud, requerimos que el socio comercial proteja adecuadamente su información.

Directorio: a menos que nos notifique que se opone, utilizaremos su nombre, ubicación en el centro, condición general y afiliación religiosa para propósitos de directorio. Esta información se puede proporcionar a los miembros del clero y, a excepción de la afiliación religiosa, a otras personas que pregunten por usted por su nombre.

Notificación: podemos usar o divulgar información para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representación personal u otra persona responsable de su atención, su ubicación y condición general.

Comunicación con la familia: los profesionales de la salud, utilizando su mejor criterio, pueden divulgar a un miembro de la familia, otro pariente, amigo personal cercano o cualquier otra persona que usted identifique, información médica relevante para la participación de esa persona en su atención o el pago relacionado con su atención.

Investigación: podemos divulgar información a investigadores cuando su propuesta de investigación haya sido aprobada por una junta de revisión institucional que haya revisado la propuesta de investigación y haya establecido protocolos para garantizar la privacidad de su información de salud.

Directores de funerarias: podemos divulgar información de salud a directores de funerarias de acuerdo con la ley aplicable para llevar a cabo sus funciones.

Organizaciones de obtención de órganos: De acuerdo con la ley aplicable, podemos divulgar información de salud a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades involucradas en la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con el propósito de donación y trasplante de tejidos.

Comercialización: podemos contactarlo para proporcionarle recordatorios de citas o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

Recaudación de fondos: Es posible que nos comuniquemos con usted como parte de un esfuerzo de recaudación de fondos.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA): podemos divulgar a la FDA información de salud relacionada con eventos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos del producto, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación o reemplazo de productos.

Compensación de trabajadores: podemos divulgar información de salud en la medida autorizada y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares establecidos por ley.

Salud pública: según lo exige la ley, podemos divulgar su información de salud a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades.

Cumplimiento de la ley: podemos divulgar información de salud para fines de cumplimiento de la ley según lo exija la ley o en respuesta a una citación válida.

La ley federal prevé que su información de salud se divulgue a una agencia de supervisión de salud, autoridad de salud pública o abogado correspondiente, siempre que un miembro de la fuerza laboral o un socio comercial crea de buena fe que nos hemos involucrado en una conducta ilegal o que hemos violado de otra manera las normas profesionales o clínicas. y están potencialmente poniendo en peligro a uno o más pacientes, trabajadores o al público.

Para más información o para reportar un problema

Si tiene preguntas y desea obtener información adicional, puede comunicarse con el oficial de privacidad de Metro Atlanta Urology and Pelvic Health Center, Bryan Rivera, al (678) 528-0578. Si cree que se han violado sus derechos de privacidad, puede presentar una queja ante nuestro Oficial de Privacidad o ante la Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. No habrá represalias por presentar una queja ante el Oficial de Privacidad o la Oficina de Derechos Civiles. La dirección es:

Oficina de Derechos Civiles
Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.
200 Avenida Independencia, SW
Salón 500F, Edificio HHH
Washington, DC 20201

Firma: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Fecha: _____