

## Questionario y Historial de Paciente Masculino

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Segundo nombre)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Profesion: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_ Podemos comunicarnos con usted via E-Mail? ( ) Si ( ) NO

En caso de emergencia, Persona de Contacto: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Medico de cabecera: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_  
Domicilio Ciudad Estado CP

Estado Civil (seleccione uno): ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viudo ( ) Union Libre ( ) Soltero

En caso de que no podemos comunicarnos con usted via los medios señalados en esta forma: solicitamos permiso para comentar su tratamiento con su esposa o pareja. Al proporcionar estos datos, indica que nos da permiso para hablar sobre su tratamiento con la persona indicada.

Nombre del conyuge: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Telefono Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

### Social:

- ( ) Llevo una vida sexual activa.
- ( ) Deseo llevar una vida sexual activa.
- ( ) Ya no quiero mas familia.
- ( ) Yo he usado esteroides en el pasado con fines deportivos.

### Habitos:

- ( ) Fumo cigarros o puros \_\_\_\_\_ por dia.
- ( ) Tomo bebidas alcoholicas \_\_\_\_\_ por semana.
- ( ) Tomo mas de 10 bebidas alcoholicas a la semana.
- ( ) Tomo cafeina \_\_\_\_\_ al dia.

## Historial Medico

Tiene algun tipo de alergia a medicamento: \_\_\_\_\_

Alguna vez a tenido problemas con anestesia? ( ) Si ( ) No

Si contesta Si, favor de explicar: \_\_\_\_\_

Medicamentos que este tomando: \_\_\_\_\_

Terapia de remplazo hormonal actual: \_\_\_\_\_

Terapia de remplazo hormonal anterior: \_\_\_\_\_

Vitaminas/Suplementos nutricionales: \_\_\_\_\_

Cirugias, lista de todas con fecha: \_\_\_\_\_

Mas informacion pertinente: \_\_\_\_\_

### Enfermedades Medicas:

- |   |   |
|---|---|
| ( ) Presion arterial alta.                  | ( ) Cancer Testicular o de prostata.                                    |
| ( ) Colesterol alto.                        | ( ) PSA Elevado   |
| ( ) Enfermedades del corazon.               | ( ) Agrandamiento de la próstata  |
| ( ) Ataque del corazon.                     | ( ) Dificultad para orinar o tomar Flomax o Avodart.                    |
| ( ) Coagulo de sangre y/o embolia pulmonar. | ( ) Enfermedad cronica del higado (hepatitis, higado grasos cirrhosis). |
| ( ) Hemocromatosis                          | ( ) Diabetes.   |
| ( ) Depresion/Ansiedad.                     | ( ) Enfermedad de la tiroides   |
| ( ) Trastorno Psiquiátrico.                 |   |
| ( ) Cancer (tipo): _____                    | ( ) Artritis.   |
| Año: _____                                  |   |

Entiendo que si empiezo reemplazo de testosterona con cualquier tratamiento de testosterona, uncluyendo los pellets de testosterona, que mis testiculos van a producir menos testosterona y si dejo el tratamiento, puedo experimentar una disminucion temporal en mi produccion de testosterona. La Testosterona de los pellets debe de salir de su sistema completamente en 12 meses.

Al empezar el tratamiento, Yo acepto todos los riesgos de la terapia que se indican en este documento y los riegos futuros que puedan ser reportados. Entiendo que los niveles fisiologicos pueden llegar a ser mas alto de lo normal para poder crear el equilibrio hormonal necesario.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

## BHRT Lista de Control Maculino

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

Fecha: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Sintomas (Porfavor marcar)

Nunca      Leve      Moderado      Severo

	Nunca	Leve	Moderado	Severo
Disminucion en el bienestar general				
Dolor muscular y de articulaciones				
Sudoracion excesiva				
Problemas para dormir				
Necesidad de dormir mas				
Irritabilidad				
Nerviosismo				
Ansiedad				
Estado de ánimo depresivo				
Agotamiento/carece de vitalidad				
Disminucion de habilidad mental/Concentracion				
Sentimiento de que ya paso su etapa				
Se siente agotado/que toco fondo				
Disminucion de fuerza muscular				
Aumento de peso/grasa de vientre/no puede bajar de peso				
Desarrollo de pechos				
Encongimiento de Testiculos				
Perdida de cabello				
Disminucion de crecimiento de barba				
Nuevos dolores de migraña				
Disminucion de deseo				
Disminucion de ereccion matutina				
Disminucion de capacidad para hacer sexo				
Eyaculaciones infrecuentes o ausentes				
No ha tenido resultados con medicamentos				

Otros sintomas que le preocupen:



DR. ERNESTO PADRON, M.D, LLC.  
INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS

3213 S. 24TH STREET, SUITE 101-B  
OMAHA, NEBRASKA 68108  
OFFICE: 402-933-8375 / FAX: 402-933-9964  
www.painclinicschicago.com

### ASSIGNMENT OF BENEFITS

Patient Name: \_\_\_\_\_

SSN: \_\_\_\_\_

In consideration of your undertaking to render care, I agree to the following:  
En consideración por darme tratamiento médico yo acepto lo siguiente:

- **Release of Information:** I authorize the release of any information I deem appropriate concerning my medical condition to any insurance company, attorney, adjuster, or any other person necessary for me to process any claim for reimbursement of charges insured by me at Ernesto Padron M.D, LLC.

Ud. está autorizado a proveer cualquier información Ud. considere propia y en referencia a mi condición médica a cualquier compañía de seguros, abogados, representate u otra persona necesaria para el proceso de cargos debido a mi tratamiento médico en Ernesto Padron M.D, LLC.

- **Right to Receive Payment:** I authorize and assign you, the medical provider and treating facility, Ernesto Padron M.D, LLC, the right to receive direct payment from my attorney, insurance company, or any other party who may become obligated to pay me any sums. I further authorize endorsement of my name to any draft which you are legally entitled.

Yo autorizo y asigno, al médico en Ernesto Padron M.D, LLC, el derecho de recibir directamente pago de mi abogado, compañía de seguros, y otro médico, quien esta obligado a pagarme cierta cantidad. Yo además autorizo al centro que firme mi nombre a cualquier forma de pago que contenga mi nombre y por lo cual le pertenece legal mente.

- **Assignment of Right to Sue:** In the event any insurance company, attorney, or other person obligated to contractual agreement refuses to make a payment upon your demand for your services; I hereby assign and transfer Ernesto Padron M.D, LLC, the cause of action that exists in my favor against such parties and authorize you to prosecute said action either in my name or your name for you to resolve said claims as you see fit. I understand that I shall continue to remain responsible for any uncollected or unpaid balance on my account. I also understand that a 33% collection fee, in addition to attorney fees will be collected upon demand.

En el caso que la compañía de seguros, o abogados, o otra persona encargada debido a un contrato no pagar a Ernesto Padron M.D, LLC, bajo la demanda, yo autorizo que se haga acción legal para procesar mi cuenta. Yo entiendo que seguiré responsable por todos los cargos por los servicios médicos. Yo también entiendo que en 33% será agregado por costos de colección y además de los gastos de abogados.

- **Attorney Direction:** I hereby direct my attorney not to interfere with my claim on any lien upon, any medical payment benefits to which I may be entitled for my health insurance, medical, workmen's compensation, or other payment sources. If there are any said medical payment checks which include my attorney's name, I



DR. ERNESTO PADRON, M.D, LLC.  
INTERVENTIONAL PAIN MANAGEMENT SPECIALISTS

3213 S. 24TH STREET, SUITE 101-B  
OMAHA, NEBRASKA 68108  
OFFICE: 402-933-8375 / FAX: 402-933-9964  
[www.painclinicschicago.com](http://www.painclinicschicago.com)

direct my attorney to sign his/her name to these checks for the benefit of the medical provider and Ernesto Padron M.D, LLC.

Yo indicare a mi abogado que no interfiera con "llen" presentada y cualquier benefició por el cual a mi pertenece ya sea de mi seguro du salud, compensación de trabajo o otra forma. Y si alguno de esos pagos incluye el nombre de mi abogado, Yo indicare a mi abogado para que endorse su nombre y pague al médico y a Ernesto Padron M.D, LLC, que me proveyó de los servicios.

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Witness



Dr. ERNESTO PADRON, M.D.LLC.  
Interventional Pain Management Specialist

3213 S. 24<sup>th</sup> Street, Suite 101-B  
Omaha, Nebraska 68108  
Oficina :402-933-8375/ Facsimil: 402-933-9964  
www.painclinicschicago.com

### Consentimiento del Paciente

CONSENTIMIENTO PARA EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PARA TRATAMIENTO,  
PAGO Y OPERACIONES DE ATENCION MÉDICA

Entiendo, que bajo la ley de seguro médico Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad respecto a la protección de mi información de salud.

Yo, \_\_\_\_\_ conciento al uso o divulgación de mi información médica por Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, con fines de diagnóstico o tratamiento proporcionando, obtener el pago de mi tratamiento, o para operaciones de atención de práctica médica. Entiendo que el tratamiento por la práctica médica puede ser negada si no firmo este consentimiento.

He sido informado por Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, de su aviso de prácticas de privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Me ha dado el derecho de revisar dicha notificación de prácticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. Entiendo Dr. Ernesto Padrón LLC, tiene el derecho de cambiar el aviso de prácticas de privacidad, y que puedo contactar al Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, en cualquier momento a la dirección arriba indicada para obtener una copia actual de la notificación de prácticas de privacidad.

Entiendo que puedo solicitar por escrito Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, limitaciones de cómo mi información privada es usada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operación de cuidado de la salud. También entiendo que Dr. Ernesto Padrón M.D, LLC, no está obligado a aceptar las restricciones de mi petición, pero si consensuado, Dr. Ernesto Padrón M.D.LLC, debe atenerse a tales restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto cuando Dr. Ernesto Padrón M.D. LLC, ya ha hecho divulgación en dependencia del consentimiento previo.

\_\_\_\_\_  
Firma de Paciente

\_\_\_\_\_  
Día

\_\_\_\_\_  
Testigo



Ernesto R. Padron, M.D.  
Especialistas en manejo del dolor intervencionista  
3213 S. 24<sup>TH</sup> Street, Suite 101-B  
Omaha, Nebraska 68108  
Oficina: 402-933-8375/Fax: 402-933-9964

## Aviso de práctica de privacidad

Este aviso describe como la información médica sobre usted puede ser utilizada y ser diclosed y cómo usted puede conseguir el acceso a esta información, por favor repase cuidadosamente.

La portabilidad del seguro de salud y la ley de responsabilidad de 1996 HIPPA) es un programa federal que requiere que todos los registros médicos y otra información de salud individualmente identificable uso o divulgado por nosotros en cualquier forma, ya sea electrónicamente, papel, o por vía oral, se mantienen de forma adecuada confidencial. Este acto le da, el paciente, nuevo derecho significativo de entender y de controlar ahora mucha información de la salud se utiliza. HIPPA proporciona sanciones a las entidades cubiertas que usan la información personal de salud.

Respetamos la confidencialidad del paciente y sólo Divulgamos la información médica de usted de acuerdo con la ley federal de Nebraska. Este aviso describe nuestras políticas relacionadas con el uso de los registros o su cuidado generado por Ernesto R. Padron, M.D., LLC.

Nosotros podemos usar y revelar sus registros médicos solamente por las siguientes razones:

1. **Tratamiento:** Proporcionar Coordinación o la gestión de la atención de salud y servicios relacionados por uno o más proveedores de atención médica. Para Ejemplo: Un examen físico
2. **PAGO:** obtención de reembolso por servicios, confirmando cobertura, actividades de facturación o cobranza, y revisión de utilización. Por ejemplo: enviando una factura por su visita a la compañía de seguros para su pago.
3. **Operaciones de atención médica:** los aspectos empresariales de la ejecución de una práctica, como la realización de actividades de evaluación y mejora de la calidad, funciones de auditoría, análisis de gestión de costos y servicio al cliente. Por ejemplo: evaluación interna de la calidad.

### Información divulgada sin su consentimiento

Bajo la ley federal de Nebraska, la información sobre usted puede ser divulgada sin su consentimiento por las siguientes razones:

1. **Emergencia:** se puede compartir información suficiente para emergencia inmediata se enfrentan.
2. **Citas de seguimiento:** nos pondremos en contacto con usted para recordarle las futuras citas o

Información sobre sus alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.

3. Requerido por la ley: incluye situaciones en las que tenemos una citación, una orden de la corte, o tenemos el mandato de proporcionar información de salud pública, tales como enfermedades transmisibles o sospechas de abuso y negligencia como abuso de menores, abuso de ancianos o abuso institucional.
4. Forenses, Director de funerales y donación de órganos: la información médica es Divulgó al forense o médico examinador y funeral Directores con el fin de cumpliendo con sus deberes. Cuando los órganos son donados se proporcionará suficiente información al programa como sea necesario para facilitar la donación de órganos o tejidos.
5. Requisitos gubernamentales: información a la supervisión de la salud para las actividades autorización por ley: tales como auditorías, investigación, o licencia, puede también ser Necesita compartir información con la administración de medicamentos y alimentos relacionados con eventos adversos o defectos de producto, así como con el Departamento de salud y servicios humanos para determinar nuestro cumplimiento con las leyes federales relacionadas con la atención de salud a petición:
6. Actividad delictiva o peligro para otros: Si se comete un delito en nuestras instalaciones o en contra de nuestro personal, podemos compartir la información informativa de la policía para aprehender al criminal. Tenemos derecho a implican la aplicación de la ley cuando creemos que un peligro inmediato puede ocurrirle a alguien.

Cualquier otro uso, o divulgación se realizará solamente con su autorización escrita. Usted puede revocar dicha autorización por escrito y nosotros estamos obligados a honrar y acatar la solicitud por escrito, excepto hasta el punto de que ya hemos tomado acciones que dependen de su autorización.

Usted tiene los siguientes derechos con respecto a la protección de la información de salud:

1. El derecho de solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones o información de salud protegida, incluyendo las relacionadas con la divulgación a los miembros de la familia, otros parientes, amigos íntimos cercanos, o cualquier otra persona identificada por usted. No estamos obligados a aceptar una restricción de solicitud. Si aceptamos una restricción, debemos Soportar por él a menos que usted está de acuerdo en escribiendo a quitelo.
  2. El derecho a una solicitud razonable para recibir comunicación confidencial de información de salud protegida de nosotros por medios alternativos o en lugares alternativos.
  3. El derecho a inspeccionar y copiar su información de salud protegida a costa de un honorario razonable copiando y por correo sus expedientes.
  4. El derecho a enmendar su información protegida.
  5. El derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de la información de salud protegida.
  6. El derecho a obtener una copia en papel de este aviso nos forma a petición.
- Este aviso es efectivo a partir del 14 de abril de 2003 y estamos obligados a acatar los términos del aviso de prácticas de privacidad actualmente vigentes. Nos reservamos el derecho de cambiar los términos de nuestro aviso de prácticas de privacidad y de hacer nuevos Aviso provisiones efectivas para toda la información de salud protegida que mantenemos. Publicaremos, y usted puede solicitar una copia escrita de una notificación revisada de las prácticas de privacidad de esta oficina. Usted tiene recurso si usted

siente que sus protecciones de privacidad han sido violadas. Usted tiene el derecho de presentar una queja por escrito con nuestra oficina, el Departamento de salud y servicios humanos, o la oficina de derechos civiles, sobre violaciones de la provisión de este aviso o las políticas y procedimientos de nuestra oficina.

- Si usted tiene cualesquiera preguntas o necesita más información, entre en contacto con por favor nuestra oficina

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_