

## **Información Demográfica y de Seguro del Paciente**

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

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Primario: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

Nombre del Titular: \_\_\_\_\_

Fecha de Nac. del Titular: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Seguro Médico Secundario (si aplica): \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Farmacia con pueblo y numero de teléfono:**

\_\_\_\_\_

## **Formulario de Historia Clínica Inicial**

Motivo de Consulta / Queja Principal:

---

Historial Médico Pasado: \_\_\_\_\_

---

Historial Quirúrgico: \_\_\_\_\_

---

Medicamentos Actuales: \_\_\_\_\_

---

Alergias: \_\_\_\_\_

Historial Familiar Inmediata: \_\_\_\_\_

---

Historial Social (tabaco, alcohol, drogas, ocupación):

---

## **Autorizaciones, Responsabilidad Financiera y Políticas HIPAA**

### **1. Cesión de Beneficios y Autorización de Tratamiento**

Por la presente autorizo al Dr. Jorge Rivera Mirabal y/o Dr. Jorge Rivera Herrera, así como a Rivera Mirabal Urology LLC y a sus proveedores, a brindar evaluación y tratamiento médico. Cedo todos los beneficios de seguro a Rivera Mirabal Urology LLC por los servicios provistos. Entiendo que soy financieramente responsable por todos los cargos no cubiertos por mi seguro, incluyendo cuando el seguro rechace el pago total o parcial.

### **2. Garantía de Pago y Cobros**

Me comprometo a pagar cualquier balance pendiente después de que el seguro procese los reclamos. Si mi cuenta es referida a una agencia de cobros, acepto pagar todos los costos de cobro, incluyendo honorarios de abogados, costos judiciales y tarifas de la agencia de cobros, conforme a las leyes aplicables de Puerto Rico sobre cobro de deudas y notificación al paciente. Reconozco que balances no pagados pueden ser reportados a agencias de crédito de acuerdo con la ley.

### **3. Acuerdo de Arbitraje (Cláusula Opcional)**

Cualquier disputa relacionada con los servicios médicos provistos podrá ser resuelta mediante arbitraje vinculante de acuerdo con las leyes de Puerto Rico, siempre que ambas partes lo consientan expresamente.

Reconozco que, al aceptar esta cláusula, renuncio a mi derecho constitucional de presentar mi caso ante el Tribunal General de Justicia de Puerto Rico con juez o jurado.

Firma del Paciente para aceptar arbitraje: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **4. Aviso de Prácticas de Privacidad (HIPAA)**

Reconozco que he recibido (o se me ha ofrecido y he declinado recibir) una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad. Autorizo la divulgación de mi información médica según sea necesario para tratamiento, pago y operaciones médicas, de conformidad con HIPAA y las leyes de Puerto Rico sobre confidencialidad médica.

### **5. Consentimiento de Comunicación**

Autorizo el uso de teléfono, correo electrónico o mensajes de texto para comunicación sobre citas, facturación y cuidado clínico. Entiendo que aunque existen medidas de seguridad, la comunicación electrónica puede no ser completamente segura y acepto voluntariamente este riesgo.

## 6. Seguimiento y Continuidad de Atención

El paciente se compromete a asistir a las visitas de seguimiento según lo recomendado. Entiendo y acepto que el incumplimiento con las visitas de seguimiento puede resultar en la suspensión de cualquier receta de medicamentos o servicios previamente ofrecidos. En ciertos casos, la falta de seguimiento puede conllevar a la terminación de la relación médico-paciente, de acuerdo con las leyes de Puerto Rico y garantizando continuidad de cuidado y referencias médicas apropiadas.

## 7. Consentimiento para Tratamiento y Asunción de Riesgos

Entiendo que todo medicamento y tratamiento médico conlleva riesgos potenciales, incluyendo, pero no limitándose a, efectos secundarios, complicaciones, reacciones adversas o resultados inesperados. Reconozco que no existe garantía de resultados y que los efectos del tratamiento pueden variar de un paciente a otro.

Por la presente, acepto y autorizo a recibir evaluación y tratamiento médico por parte del Dr. Jorge Rivera Mirabal y/o Dr. Jorge Rivera Herrera.

Asimismo, reconozco y acepto que asumo voluntariamente estos riesgos y que, salvo en casos de negligencia médica comprobada o conducta intencional, libero de responsabilidad al Dr. Jorge Rivera Mirabal, al Dr. Jorge Rivera Herrera, a Rivera Mirabal Urology LLC, a sus empleados, administradores, contratistas, representantes, socios, cónyuges, herederos y cualquier persona relacionada.

Confirmando que he recibido la oportunidad de hacer preguntas, que las mismas fueron contestadas de manera satisfactoria, y que entiendo y acepto voluntariamente los riesgos y beneficios del tratamiento.

## Firma y Aceptación

Nombre del Paciente (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Firma del Paciente o Encargado: \_\_\_\_\_

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

# AUASS / IPSS – Escala Internacional de Síntomas Prostáticos

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Haga un circulo en el numero que aplica mejor a usted por cada pregunta	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ EN 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APPROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
<b>VACIADO INCOMPLETO</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no ha vaciado por completo al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>FRECUENCIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la que orinar otra vez menos de dos horas después de haber terminado de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>INTERMITENCIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
<b>URGENCIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>CHORRO DEBIL</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>ESFUERZO</b> ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que pujar o esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces o mas
<b>NOCTURIA</b> ¿Durante el último mes aproximadamente ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que se levanta en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Suma la puntuación de cada respuesta y anota el total en espacio a la derecha.

SINTOMAS DE ACUERDO A LA PUNTACION OBTENIDA: 1-7 (Leves) 8-19 (Moderados) 20-35 (Severos) TOTAL: \_\_\_\_\_

CALIDAD DE VIDA:

¿Cómo se sentirá si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como la afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

Encantado	Feliz	Muy Satisfecho	Neutral	Muy Insatisfecho	Infeliz	Terrible
0	1	2	3	4	5	6

# CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (SHIM)

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

La salud sexual es una parte importante del bienestar físico y emocional de una persona. La disfunción eréctil, también conocida como impotencia, es un tipo condición médica muy común que afecta la salud sexual. Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamientos para la disfunción eréctil. Si usted padece de esta condición, puede conversar con su médico las opciones para su tratamiento.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Encierre en un círculo en el número que **mejor describe** su situación. Por favor asegúrese de que solo seleccione una respuesta, solamente una respuesta, para **cada pregunta**.

## DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES:

1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?		MUY BAJA	BAJA	REGULAR	ALTA	MUY ALTA
	0	1	2	3	4	5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con estimulación sexual, con que frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración (en su pareja)?	SIN NINGUNA ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	ALGUNAS VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
3. ¿Durante el acto sexual o coito, con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES ( LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
4. ¿Durante el acto sexual o coito, que tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	LIGERAMENTE DIFICIL	SIN DIFICULTAD
	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cuándo intentó realizar el acto sexual o coito, que tan seguido fue satisfactorio para usted?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5

Sume los números correspondientes a las preguntas 1 – 5.

TOTAL: \_\_\_\_\_

El Cuestionario de Salud Sexual para Hombres va mas allá y clasifica la disfunción eréctil en las siguientes categorías:

1-7 ED Severa

8-11 ED Moderada

12-16 ED Leve a Moderada

17-21 ED Leve