

# NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES

5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)

4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75069  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)

Date: \_\_\_\_\_  
(Fecha)

First Name: \_\_\_\_\_ Last Name: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Apellido) (Inicial)

Address: \_\_\_\_\_ Apt/Suite: \_\_\_\_\_  
(Direccion)

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_  
(Ciudad) (Estado) (Codigo Postal)

Cell Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_  
(Tel. Celular) (Tel. de Trabajo) (Tel. de Casa)

Social Security #: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
(# Seguro Social) (Fecha de Nacimiento)

Patient Marital Status: S / M / D / W Patient Sex: Male / Female Employed: Yes / No / Ret / Dis  
(Estado Matrimonial) (Sexo del Paciente) (Empleado)

## For reporting purposes only:

Primary Language Spoken: \_\_\_\_\_ Ethnicity: \_\_\_\_\_ Race: \_\_\_\_\_  
(Lenguaje Principal) (Ednicidad) (Raza)

## INSURANCE INFORMATION:

Primary Insurance (Seguro Primario): \_\_\_\_\_

Name of Policy Owner: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(Nombre del dueño de la Poliza) (Fecha de Nacimiento) (Relacion)

Secondary Insurance (Seguro Secundario): \_\_\_\_\_

Name of Policy Owner: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(Nombre del dueño de la Poliza) (Fecha de Nacimiento) (Relacion)

**Do you reside in an ASSISTED LIVING or a NURSING FACILITY? Yes / No**

(¿Reside usted en un lugar de ASISTENCIA DE VIVIENDA o ASILO DE ANCIANOS?)

(Si / No)

**If yes, please fill out the following information:**

(Si la respuesta fue Si, porfavor de llenar la siguiente informacion)

Name of Facility (Nombre de la Facilidad): \_\_\_\_\_

Address (Direccion): \_\_\_\_\_ Phone (Telefono): \_\_\_\_\_

**HAVE YOU EVER SEEN ONE OF OUR DOCTORS BEFORE?: YES / NO, If Yes, whom:** \_\_\_\_\_

(¿Ha visto usted alguno de nuestros doctores anteriormente?)

(Si / No, ¿ A quien?)

In case of emergency notify: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_  
(En caso de emergencia notifiacar a) (Telefono) (Relacion)

Primary Care Physician: \_\_\_\_\_ Referred by: \_\_\_\_\_  
(Doctor Principal) (Doctor que Refirio)

How did you hear about us: \_\_\_\_\_  
(¿Como escucho de nosotros?)

Plano Office: Mark L. Allen, M.D. ♦ Stephen J. Lieman, M.D. ♦ Vince J. Rogenes, M.D. ♦ J. Scott Hassell, M.D. ♦ Nancy Y. Kim, M.D.  
McKinney Office: William C. Mitchell, M.D. ♦ Jared D. Stringer, M.D.

## NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES

5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)

4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75093  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)

### ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Yo, \_\_\_\_\_, comprendo que yo soy responsable por todos los cargos incurridos para mi tratamiento medico. Yo soy consiente que los beneficios medicos de mi poliza de seguro son pagados directamente a North Dallas Urology Associates, en consideracion por los servicios otorgados hasta la cantidad total de mi cuenta.

Cualquier balance restante despues de que mis beneficios del seguro medico han sido pagados es mi responsabilidad. Yo pagare el balance restante dentro de 60 dias al menos que otros arreglos de paga se hayan hecho. Yo entiendo que en caso de incumplimiento, mi cuenta sera enviada a una compania de colecciones.

Es mi responsabilidad proveer la informacion correcta de seguro medico (direccion de reclamo, numerous de telefono, numero de ID, etc.). Yo pagare culaquier balance que resultre debido a informacion incorrecta de mi seguro medico.

NORTH DALLAS UROLOGY procesara los reclamos con las companies de mi seguro primario y secundario SOLAMENTE. Si yo tengo una tercera compania de seguro medico, yo hare los reclamos por mi cuenta. Yo entiendo que sere responsable de cualquier balance restante despues de que mi seguro secundario haya pagado.

Se hara todo el esfuerzo posible para obtener pago de mis reclamos. Yo estoy de acuerdo en pagar el balance de mi cuenta en case de que mi compania de seguro(s) no pague.

TODOS LOS COPAGOS Y DEDUCIBLES SERAN PAGADOS EL DIA DE SERVICIO. Yo tambien acepto pagar por laboratorios/radigrafias/examines hechos en la ofcina establecidos por mi compania de seguros.

Habra una cuota de \$45.00 por formas de discapacidad que se tengan que completar antes de cirugia o cualquier forma que requiera dictado del doctor, y una cuota de \$25.00 por una copia de su record medico.

Es mi responsabilidad obtener culquier referimiento y verificar que mi doctor este dentro de la red de mi seguro. Si no tengo forma de referiemento, mi cita sera cancelada hasta obtenerla.

Yo autorizo mandar mis records medicos que sean necesarios para procesar los reclamos al seguro.

Firma: \_\_\_\_\_

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

Plano Office: Mark L. Allen, M.D. ♦ Stephen J. Lieman, M.D. ♦ Vince J. Rogenes, M.D. ♦ J. Scott Hassell, M.D. ♦ Nancy Y. Kim, M.D.  
McKinney Office: William C. Mitchell, M.D. ♦ Jared D. Stringer, M.D.

## NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES

5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)

4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75069  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)

### NOTA DE ROCONOCIMIENTO DE LAS PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Yo comprendo que, bajo el Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 ("HIPPA"), Yo tengo ciertos derechos de privacidad en cuanto a la proteccion de mi infomacion de salud. Yo compredo que esta informacion sera usada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento y seguimiento de cuidado entre los multiple proveedores de salud quienes esten involucrados en mi tratamiento diractamento o indirectamente.
- Obtener pagos mediante terceras personas.
- Conducir operaciones normales de salud tales como evaluaciones y certificaciones medicas.

I reconosco que yo he recibido su *Nota de Practicas de Privacidad* que contiene una descripcion mas complete, de los usos y revelacion de mi informacion de salud. Yo comprendo que esta organizacion tiene el derecho a cambier su *Nota de Practicas de Privacidad* de tiempo en tiempo y que puedo contactarles en cualquier momento a la direccion de arriba para obtener una copia de la *Nota de Practicas de Privacidad*.

Yo entiendo que puedo pedir por escrito que ustedes restringen como se usa mi informacion privada para llevar acabo tratamiento, pago u operaciones de salud. Yo tambien comprendo que ustedes no estan requerido a aceptar my requerimiento de restriccion, pero si ustedes aceptan, ustedes estan obligados a cumplir con las restricciones.

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

Firma del Paciente ( o persona autorizada) : \_\_\_\_\_

Relacion con el Paciente: \_\_\_\_\_

### OFFICE USE ONLY

I attempted to obtain the patient's signature in acknowledgement of this *Notice of Privacy Practices Acknowledgement*, but was unable to do so as documented below:

DATE: \_\_\_\_\_ INITIALS: \_\_\_\_\_ REASON: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Plano Office: Mark L. Allen, M.D. ♦ Stephen J. Lieman, M.D. ♦ Vince J. Rogenes, M.D. ♦ J. Scott Hassell, M.D. ♦ Nancy Y. Kim, M.D.  
McKinney Office: William C. Mitchell, M.D. ♦ Jared D. Stringer, M.D.

## NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES

5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)

4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75069  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)

### AUTORIZACION PARA LA DIVULGACION DE INFORMACION MEDICA

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

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

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

Descripcion de la informacion especifica que desea utilizar o compartir (Porfavor seleccione uno:)

Toda Informacion

**O informacion especifica como la siguiente (Porfavor seleccione debajo)**

recibir records medicos del paciente

cancelar, cambiar o hace cita para el paciente

llamar para saber resultados del paciente

obtener medicamentos

Escriba los nombres de las personas con las que nos autoriza para compartir informacion y su relacion. Si usted **NO DESEA** que nosotros compartamos su informacion con nadie, solo ponga una cruz en la pagina.

Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____
Nombre: _____	Relacion: _____	Telefono: _____

**Yo comprendo que:**

- Yo puedo revisar la informacion que se compartira.
- Yo puedo revocar esta autorizacion por escrito al contactar a la oficina en la direccion de arriba dirigida al Oficial de Privacidad.
- Informacion utilizada o compartida en conformidad con la Autorizacion puede ser sujeta a ser compartida por la persona que la recibe y no ser protegida por HIPAA.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **Revelacion del Medico**

Para profundizar nuestro compromiso con la calidad medica y quirurgica asia nuestros pacientes, nosotros hemos decidido ser propietarios en las instalaciones enumeradas a conitinuacion.

Nuestra propiedad aumenta nuestra capacidad de dirigir la forma en que su atecion es entregada en las instalaciones. Si esto es motivo de preocupacion, los doctores estan dispuestos a contestar culquier pregunta.

Nosotros somos parte del staff medico en otras instalaciones, y estamos mas que dispuestos a discutir sus opciones en alguana instalacion alterna.

**Surgery Center of Plano  
Upright & Open Imaging  
McKinney Surgery Center  
Baylor Medical Center at Frisco  
North Dallas Radiation Oncology Center  
Methodist McKinney Hospital  
US Lithotripsy**

---

**RECONOCIMIENTO:** (Yo/Nosotros) hemos leído esta "Noticia a los Pacientes", y (Yo/Nosotros) entendemos lo que esta revelacion contiene.

Fecha este \_\_\_\_\_ Dia de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

---

Firma del Paciente of Guardian

---

**North Dallas Urology Associates  
5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)**

**North Dallas Urology Associates  
4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75069  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)**

NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES/MCKINNEY

**PAYMENT POLICY**

Upon contact with our business office, we will request your insurance information. We are required by many insurance companies to get pre-certification numbers and benefits. This protects you as well as us from having unexpected out-of-pocket expenses. Our staff will call your insurance company to verify your benefits and also check on your current deductible, co-payment, and coinsurance. This information will be shared with you. In order to control our billing costs, we request the deductible, co-payment, and/or coinsurance be paid as they relate to the charges at the time of service. Payment may be made by cash, check, MasterCard, Visa, Discover, or American Express.

**MEDICARE PATIENTS**

If your primary insurance is Medicare, then we will file the claim for you. We do accept Medicare assignment which means we will bill you only what Medicare allows. Medicare will pay 80% of the allowable, minus any deductibles, and you will be responsible for the other 20% allowable plus any remaining deductible. If you have a secondary insurance policy, we will file that for you as a courtesy. Some secondary insurance policies reimburse directly to the patient and/or insured. If your insurance company does this, please forward the payment to us in the form of cash, check, or credit card.

**Note:** At times, there may be a procedure or test done in-office that is required to be sent out to a lab or pathologist. In these cases you may be billed by a third party for these services.

**LABS**

We, out of courtesy collect your specimen and send it to our preferred lab for processing and analyzing of results. We do not have the capability to provide this service in our office, therefore if you do not wish to have your specimen collected or sent to our preferred laboratory please specify prior to services. We use the following laboratories: LabCorp, Bostwick & Dr. Donna Sirbasku, Pathologist

**MANAGED CARE PATIENTS**

We request you pay your co-payment at the initial onset of your visit. If your deductible has not been met for the year, you will also need to pay any unmet deductible for the services rendered. After your deductible has been met, you will then be responsible for only your co-payment and/or coinsurance. Any procedure done, may be subject to an additional surgical deductible depending on your particular insurance plan. We will file all claims for the services rendered by the physician.

Assignment of insurance benefits, deductible, co-payments, and/or coinsurance are required before elective surgery. We will try to fulfill all insurance requirements for pre-certification; however, we cannot be responsible for reduction in benefits if this is not done. Therefore, we encourage you to contact your insurance company before any surgical procedures are done.

**Note:** At times, there may be a procedure or test done in-office that is required to be sent out to a lab or pathologist. In these cases you may be billed by a third party for these services.

**Please be advised that we request 24-hour cancellation notice prior to your scheduled appointment.**

**Assignment of Benefits**

I authorize release of medical records to determine liability for payment and to obtain reimbursement. I assign all medical and/or surgical benefits including Medicare, private insurance, and other health plans to my physician. This assignment will remain in effect until revoked by me in writing. I understand I am financially responsible for all charges incurred by myself and/or my dependent.

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
Parent or guardian if patient is a minor: \_\_\_\_\_

# NORTH DALLAS UROLOGY ASSOCIATES

5300 W. Plano Parkway, Suite 200  
Plano, Texas 75093  
972-612-8037 ♦ 972-612-4414 (fax)

4501 Medical Center Drive, Suite 100  
McKinney, Texas 75069  
972-548-8195 ♦ 972-548-8866 (fax)

**NAME:** \_\_\_\_\_ **DATE:** \_\_\_\_\_  
(Nombre) (Fecha)

**Preferred Laboratory for blood work:** \_\_\_\_\_

**Pharmacy Name:** \_\_\_\_\_ **Location:** \_\_\_\_\_ **Phone:** \_\_\_\_\_  
(Nombre de su Farmacia) (Localidad) (Telefono)

## LIST OF SURGERIES/ PAST MEDICAL HISTORY

(Lista de Cirugias / Historial Medico)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

## PRESCRIPTIONS or

### OVER THE COUNTER:

(Medicamentos Recetados)

### MG (dosage)

MG (dosis)

### TIMES A DAY?

(¿Cuántas veces al día?)

### # Per Day

(# Por Día)

<u>OVER THE COUNTER:</u> (Medicamentos Recetados)	<u>MG (dosage)</u> MG (dosis)	<u>TIMES A DAY?</u> (¿Cuántas veces al día?)	<u># Per Day</u> (# Por Día)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

## ALLERGIES TO MEDICATION:

(Alergias a Medicamentos)

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

**Have you ever smoked or used tobacco products?**

¿Ha usted fumado o usado Tabaco alguna vez?

**YES (Si)**

**NO**

**Do you drink alcohol now or in the past?**

¿Toma usted alcohol o en el pasado?

**YES (Si)**

**NO**

**Are you allergic to iodine or dye contrast?**

¿Es usted alergico al Iodo o Contraste de Iodo?

**YES (Si)**

**NO**

**Do you have prostate cancer in your family?**

¿Algún familiar suyo tiene historial de cancer de la prostata?

**YES (Si)**

**NO**

## FAMILY HISTORY OF MEDICAL ILLNESS: (Historial Medico Familiar)

**Father (Papa):** \_\_\_\_\_

**Paternal grandfather (Abuelo Paterno):** \_\_\_\_\_

**Mother (Mama):** \_\_\_\_\_

**Paternal grandmother (Abuela Paterna):** \_\_\_\_\_

**Maternal grandfather:** \_\_\_\_\_

**Maternal grandmother:** \_\_\_\_\_

(Abuelo Materno)

(Abuela Materna)

# What symptoms are you having today?

(¿Que sintomas esta teniendo hoy?)

**NAME:** \_\_\_\_\_  
(Nombre)

**DATE:** \_\_\_\_\_  
(Fecha)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Fever</b> ( <i>Fiebre</i> )                                  | <input type="checkbox"/> <b>Chest Pain</b> ( <i>Dolor de Pecho</i> )                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Chills</b> ( <i>Escalofrio</i> )                             | <input type="checkbox"/> <b>Varicose Veins</b> ( <i>Varices</i> )                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Headaches</b> ( <i>Dolor de Cabeza</i> )                     | <input type="checkbox"/> <b>High Blood Pressure</b> ( <i>Hipertension</i> )                |
| <input type="checkbox"/> <b>Blurred Vision</b> ( <i>Vision Borrosa</i> )                 | <input type="checkbox"/> <b>Swelling of ankles</b> ( <i>Inchazon de los tobillos</i> )     |
| <input type="checkbox"/> <b>Pain</b> ( <i>Dolor</i> )                                    | <input type="checkbox"/> <b>Joint Pain</b> ( <i>Dolor de Coyuntura</i> )                   |
| <input type="checkbox"/> <b>Sore Throat</b> ( <i>Dolor de Garganta</i> )                 | <input type="checkbox"/> <b>Neck Pain</b> ( <i>Dolor de Cuello</i> )                       |
| <input type="checkbox"/> <b>Sinus Pain</b> ( <i>Dolor de Sienes</i> )                    | <input type="checkbox"/> <b>Back Pain</b> ( <i>Dolor de Espalda</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Mouth Ulcers</b> ( <i>Ulceras en la boca</i> )               | <input type="checkbox"/> <b>Urinary Incontinence</b> ( <i>Incontinencia Urinaria</i> )     |
| <input type="checkbox"/> <b>Runny Nose</b> ( <i>Nariz que moquea</i> )                   | <input type="checkbox"/> <b>Pain with Urination</b> ( <i>Dolor al Orinar</i> )             |
| <input type="checkbox"/> <b>Tremor</b> ( <i>Temblor</i> )                                | <input type="checkbox"/> <b>Urinary Urgency</b> ( <i>Urgencia Urinaria</i> )               |
| <input type="checkbox"/> <b>Dizziness</b> ( <i>Mareo</i> )                               | <input type="checkbox"/> <b>Urinary Frequency</b> ( <i>Frecuencia Urinaria</i> )           |
| <input type="checkbox"/> <b>Tingling/numbness</b><br>( <i>Hormigueo/Entumecimiento</i> ) | <input type="checkbox"/> <b>Urinary Retention</b> ( <i>Retencion Urinaria</i> )            |
| <input type="checkbox"/> <b>Too Hot/Cold</b> ( <i>Muy Caliente/Frio</i> )                | <input type="checkbox"/> <b>Pain with Intercourse</b> ( <i>Dolor con Relaciones</i> )      |
| <input type="checkbox"/> <b>Tired/Sluggish</b> ( <i>Cansado/Lento</i> )                  | <input type="checkbox"/> <b>Erectile Dysfunction</b> ( <i>Disfuncion Erectil</i> )         |
| <input type="checkbox"/> <b>Loss of Libido</b> ( <i>Perdida de Libido</i> )              | <input type="checkbox"/> <b>Wheezing</b> ( <i>Sibilancias</i> )                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Rash</b> ( <i>Sarpullido</i> )                               | <input type="checkbox"/> <b>Shortness of Breath</b> ( <i>Dificultad para Respirar</i> )    |
| <input type="checkbox"/> <b>Itching</b> ( <i>Comezon</i> )                               | <input type="checkbox"/> <b>Seasonal Allergies</b> ( <i>Alergias Estacionales</i> )        |
| <input type="checkbox"/> <b>Boils</b> ( <i>Forunculos</i> )                              | <input type="checkbox"/> <b>Swollen Glands</b> ( <i>Inflamacion de las Glandulas</i> )     |
| <input type="checkbox"/> <b>Abdominal Pain</b> ( <i>Dolor Abdominal</i> )                | <input type="checkbox"/> <b>Blood Clotting Problem</b> ( <i>Coagulacion de la Sangre</i> ) |
| <input type="checkbox"/> <b>Nausea</b> ( <i>Nausea</i> )                                 | <input type="checkbox"/> <b>Anxiety</b> ( <i>Anciedad</i> )                                |
| <input type="checkbox"/> <b>Vomiting</b> ( <i>Vomito</i> )                               | <input type="checkbox"/> <b>Depression</b> ( <i>Depresion</i> )                            |
| <input type="checkbox"/> <b>Heartburn</b> ( <i>Acidez</i> )                              | <input type="checkbox"/> <b>Double Vision</b> ( <i>Vision Doble</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Diarrhea</b> ( <i>Diarrea</i> )                              |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Constipation</b> ( <i>Estreñimiento</i> )                    |  |