

# LONESTAR UROLOGY

ROBERT G. STROUD, D.O., F.A.C.O.S.

ADULT & PEDIATRIC UROLOGY

## PATIENT INFORMATION

Patient Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

(Last/First/Middle)

CIRCLE ONE:

Sex/El Sexo: M or F

Marital Status/Estado Civil: S M W D SEP

DOB/ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Age/Edad \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

Home Phone / Teléfono de Casa

Work Phone / Teléfono del trabajo

City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Mobile / Teléfono móvil

( ) - ( ) - ( ) -

Referring Dr / Doctor Primario: \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono: ( ) -

Address/Domicilio: \_\_\_\_\_

City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

Employer Address: \_\_\_\_\_

(Dirección del empleado)

City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Spouse/Parent Name/ Nombre del cónyuge/ padre: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation/Ocupación: \_\_\_\_\_

Work Phone / Teléfono del trabajo: ( ) -

Insurance/Nombre de Seguros: \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono: ( ) -

Insured Name/ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Insured DOB/ Fecha de Nacimiento Asegurado: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Insurance Address/ Dirección de Seguros

City/ Ciudad State / Estado Zip / Código Postal

Secondary Insurance/ Seguro Secundario: \_\_\_\_\_ Phone/ Teléfono: ( ) -

Insured Name/ Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_ Group# \_\_\_\_\_

Name/Phone of nearest relative not living with you: \_\_\_\_\_

Nombre / Teléfono del pariente más cercano que no viva con uste

Insured Signature/Firma

Patient Signature/ Firma del Paciente

# PATIENT HISTORY FORM

Today's Date/El día de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Date of Last Physical Exam/ Fecha del último examen físico: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Last Name/ Apellido: \_\_\_\_\_ First Name/ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Date Of Birth/ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## CHIEF COMPLAINT/ MOTIVO DE LA CONSULTA

What is the reason for your visit? (Describe your problem in detail) / ¿Cuál es el motivo de su visita? (Describa el problema en detalle)

---

---

## HISTORY OF PRESENT ILLNESS / HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Please answer **all** of the following questions / Por favor, conteste **todos** las siguientes preguntas:

Location of problem / Localización del problema?

How long does the problem last / Cuánto dura el problema de la última?

---

Is anything else occurring at the same time/ Es algo más ocurriendo al mismo tiempo?      Do you smoke? Fumas?      YES      NO

\_\_\_\_\_ Do you drink? Bebes alcohol?      YES      NO

On a scale of 1-10, with 10 most severe, how serious is your problem?      Are you on a special diet?  
En una escala de 1-10, siendo 10 más grave, lo grave es su problema?      ¿Está usted en una dieta especial?      YES      NO

\_\_\_\_\_ Drug allergies? /Alergias a medicamentos?      YES      NO

Is the problem constant or variable/ Es constante o variable problema?      If yes, what? En caso afirmativo, ¿qué?

---

Does the problem interfere with normal functions? How?      \_\_\_\_\_  
¿El problema interfiere con las funciones normales? Cómo?

\_\_\_\_\_ When did you first notice the problem ?  
Cuándo notó por primera vez el problema?

---

## PAST MEDICAL & SOCIAL HISTORY / LOS ANTECEDENTES MEDICOS Y LA HISTORIA SOCIAL

List ALL serious personal / immediate family illnesses / Listar todos los graves enfermedades familiares inmediatos personales  
Example: Diabetes, Breast cancer, Heart disease, etc / Ejemplo: La diabetes, el cáncer de mama, enfermedad del corazón, etc.

PERSONAL HISTORY / HISTORIA PERSONAL: \_\_\_\_\_

---

IMMEDIATE FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIA CERCANA: \_\_\_\_\_

---

## SURGICAL HISTORY / ANTECEDENTES QUIRURGICOS

---

NOTE: THIS IS A CONFIDENTIAL RECORD AND WILL BE KEPT AT YOUR DOCTOR'S OFFICE. INFORMATION CONTAINED HERE WILL NOT BE RELEASED TO ANYONE WITHOUT YOUR AUTHORIZATION TO DO SO.

# REVIEW OF SYSTEMS

Do you now or have you ever had any problems related to the following systems?  
 Hacer ahora o alguna vez ha tenido cualquier problema relacionado con los siguientes sistemas?  
CIRCLE YES OR NO / CÍRCULO SÍ O NO

## CONSTITUTIONAL SYMPTOMS SÍNTOMAS CONSTITUCIONALES

Fever / Fiebre	YES	NO
Chills / Resfriado	YES	NO
Headache / Dolor de cabeza	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## EYES / OJOS

Blurred vision / Visión borrosa	YES	NO
Double vision / Visión doble	YES	NO
Pain / Dolor	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## ALLERGIES / ALERGIAS

Hay Fever	YES	NO
Drug Allergies/Las alergias a medicamentos	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## NEUROLOGICAL / NEUROLÓGICO

Tremors / Temblores	YES	NO
Dizzy Spells / Mareos	YES	NO
Numbness / Entumecimiento	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## ENDOCRINE / ENDOCRINO

Excessive thirst / Sed excesiva	YES	NO
Too hot or cold / Demasiado caliente o frío	YES	NO
Tired or Sluggish / Cansado o Lenta	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## GASTROINTESTINAL

Abdominal pain / Dolor abdominal	YES	NO
Nausea or Vomiting / Náuseas o vómitos	YES	NO
Indigestion or heartburn / La indigestión o ardor de estómago	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## CARDIOVASCULAR

Chest pain / Dolor de pecho	YES	NO
Varicose veins / Venas varicosas	YES	NO
High blood pressure / Alta presión sanguínea	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## INTEGUMENTARY / INTEGUMENTARIO

Skin rash / Erupción cutánea	YES	NO
Boils / Hierve	YES	NO
Persistent itch / Picor persistente	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## MUSCULOSKELETAL / MUSCULOESQUELÉTICO

Joint pain / Dolor en las articulaciones	YES	NO
Neck pain / Dolor de cuello	YES	NO
Back pain / Dolor de espalda	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## EAR NOSE THROAT MOUTH / OIDO NARIZ GARGANTA BOCA

Ear Infection / Infección en el oído	YES	NO
Sore Throat / Dolor de garganta	YES	NO
Sinus problems / Los problemas del seno	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## GENITOURINARY / GENITOURINARIAS

Urine Retention / Retención de orina	YES	NO
Painful urination / Dolor al orinar	YES	NO
Urinary frequency / Frecuencia urinaria	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## RESPIRATORY / RESPIRATORIO

Wheezing / Sibilancias	YES	NO
Frequent cough / Tos frecuente	YES	NO
Shortness of breath / Dificultad para respirar	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## HEMATOLOGIC/LYMPHATIC / HEMATOLÓGICA / LINFÁTICA

Swollen glands / Inflamación de las glándulas	YES	NO
Blood clotting problem / Problema de coagulación	YES	NO

Explain: \_\_\_\_\_

## PSYCHOLOGIC / PSICOLÓGICO

Are you generally satisfied with your life? ¿Está satisfecho en general con su vida?	YES	NO
---	-----	----

Do you feel severely depressed? / ¿Se siente muy deprimida?	YES	NO
---	-----	----

Have you ever considered suicide? ¿Alguna vez ha pensado en el suicidio?	YES	NO
---	-----	----

Explain: \_\_\_\_\_



# LONESTAR UROLOGY

ROBERT G. STROUD, D.O., F.A.C.O.S.

ADULT & PEDIATRIC UROLOGY

## PRIVACY PRACTICES

This notice concerns your individual, private healthcare information and how this information may be used and disclosed by this office. Please review it carefully. After reviewing this notice you will be asked to consent to the use of your information as described. This consent is voluntary on your part.

The Health Insurance Portability & Accountability Act of 1996 (HIPAA) is a federal program that requires that all medical records and other individually identifiable health information used or disclosed by us in any form, whether electronically, on paper, or orally, are kept properly confidential. As required by HIPAA we have prepared this explanation of how we are required to maintain the privacy of your health information and how we may use and disclose your health information.

- 1) We have a legal, ethical, and moral obligation to protect your confidentiality. Any information about you and/or your family will be held strictly confidential by all employees. No discussions about you outside of the patient care framework will be allowed and any conversation between staff members that pertains to delivering you quality care will be held in a confidential and professional manner.
- 2) In order to provide quality care to you, as well as operate this office in an efficient manner, we will need to access your private health care information for purposes of treatment, payment and operations. In using this information this office will comply with all state and federal laws pertaining to your privacy rights, including the Privacy and Security protections provided to you by the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).
- 3) Specifically, we will need to disclose your private information under the following circumstances:
  - a) Sharing Information for Purposes of Treatment: We will share information with all members of your treatment team both within this office and with other providers (personal and institutional) in order to provide you with quality care.
  - b) Sharing Information for Purposes of Payment: We will share all necessary information with your insurer, payer, governmental entities (such as Medicare, etc) and their representatives (including but not limited to benefit determination and utilization review) as well as our representatives involved in the billing process (including but not limited to claims representatives and preferred provider organizations).
  - c) Sharing of Information for Purposes of Operations: We will share all information necessary for ongoing operations of this office, (including, but not limited to, credentialing processes, peer review, accreditation, and compliance with all state and federal laws).
- 4) Your consent for use and disclosure of information as described may be revoked in writing at any time. Please notify the office if you ever decide to revoke your consent.
- 5) Your specific authorization will be required for the release of any information not included above. Your authorization will need to be in writing and it will be specific to the disclosure requested. Incidences which may require your authorization under the HIPAA regulations include (but are not limited to) some marketing purposes and the disclosure of any psychotherapy records in our possession.
- 6) This office will not release any information other than those incidents described above unless disclosure is required by law, a court, a legal process or governmental agency.
- 7) When the HIPAA privacy rule becomes effective in this office, you will have the right to inspect your protected information, amend your record, have reasonable requests for confidential communications accommodated and may obtain an accounting of disclosures. All/other rights afforded to you by state and federal law will be honored as they are created.
- 8) This office has policies and procedures in place to facilitate compliance with the law. These procedures assure that all patients will be treated consistently with respect to their privacy and confidentiality. These policies and procedures are available for your review. If you would like to read them, please notify the Privacy Officer.
- 9) The Privacy Officer is the person in the office responsible for your privacy and the security of your information. Any complaints you or your family may have in this area should be directed to the Privacy Officer.

# LONESTAR UROLOGY

ROBERT G. STROUD, D.O., F.A.C.O.S.

ADULT & PEDIATRIC UROLOGY

## NORMAS DE PRIVACIDAD

Este anuncio se refiere a su persona, la información de la salud privada y cómo esta información puede ser usada y divulgada por esta oficina. Por favor, revise con cuidado. Después de revisar este aviso, se le pedirá su consentimiento para el uso OS de su información como se describe. Este consentimiento es voluntario de su parte.

La Ley de 1996 de Portabilidad y (HIPAA) es un programa federal que exige que todos los registros médicos y otra información médica personal utilizada o revelada por nosotros en cualquier forma, ya sea por vía electrónica, en papel o por vía oral, se mantienen adecuadamente confidencial. Como es requerido por la ley HIPAA hemos preparado esta explicación de cómo estamos obligados a mantener la privacidad de su información médica y cómo podemos utilizar y divulgar su información de salud.

1) Tenemos una obligación legal, ético y moral de proteger su confidencialidad. Cualquier información sobre usted y / o su familia se llevará a cabo estrictamente confidencial por todos los empleados. No se permitirán las discusiones acerca de que fuera del marco de la atención al paciente y cualquier conversación entre los miembros del personal que pertenece a la entrega de una atención de calidad que se llevarán a cabo de una manera confidencial y profesional.

2) Con el fin de proporcionar una atención de calidad para usted, así como operar esta oficina de una manera eficiente, tendremos que acceder a su información médica privada para fines de tratamiento, pago y operaciones. En el uso de esta información esta oficina cumplirá con todas las leyes estatales y federales relativas a sus derechos de privacidad, incluyendo la privacidad y las protecciones de seguridad que le ha proporcionado la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

3) En concreto, vamos a necesitar revelar su información privada en las siguientes circunstancias:

a) Intercambio de información con fines de tratamiento: Vamos a compartir información con todos los miembros de su equipo de tratamiento, tanto dentro de esta oficina y con otros proveedores (personales e institucionales) con el fin de proporcionar una atención de calidad.

b) Intercambio de información a efectos de pago: Vamos a compartir toda la información necesaria con su aseguradora, pagador, entidades gubernamentales (tales como Medicare, etc.) y sus representantes (incluyendo, pero no limitado a beneficiarse determinación y revisión de utilización), así como nuestros representantes involucrados en el proceso de facturación (incluyendo pero no limitado a los representantes de reclamaciones y organizaciones de proveedores preferred).

c) El intercambio de información a efectos de Operaciones: Vamos a compartir toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta oficina, (incluyendo, pero no limitado a, los procesos de acreditación, la revisión por pares, ACREDITACIÓN, y el cumplimiento de todas las leyes estatales y federales).

4) Su consentimiento para el uso y divulgación de la información como se describe puede ser revocado por escrito en cualquier momento. Por favor notifique a la oficina si alguna vez decide revocar su consentimiento.

5) Se requiere su autorización específica para la divulgación de cualquier información no incluida anteriormente. Su autorización tendrá que ser por escrito y será específica para la divulgación solicitada. Las incidencias que pueden requerir su autorización bajo las regulaciones de HIPAA incluyen (pero no se limitan a) algunos fines de marketing y la comunicación de todos los registros de psicoterapia en nuestra posesión.

6) Esta oficina no divulgará ninguna información distinta de esos incidentes descritos anteriormente a menos que la divulgación sea requerida por la ley, un tribunal, un proceso legal o una agencia gubernamental.

7) Cuando la regla de privacidad HIPAA entre en vigor de esta oficina, tendrá el derecho de inspeccionar su información protegida, modificar su registro, tiene solicitudes razonables de comunicaciones confidenciales alojados y puede obtener un informe de divulgaciones. Todos / otros derechos otorgados a usted por leyes estatales y federales serán honrados medida que se crean.

8) Esta oficina cuenta con políticas y procedimientos para facilitar el cumplimiento de la ley. Estos procedimientos aseguran que todos los pacientes serán tratados de forma coherente con respecto a su privacidad y confidencialidad. Estas políticas y procedimientos están disponibles para su revisión. Si desea leerlos, por favor notifique al funcionario de privacidad.

9) El Oficial de Privacidad es la persona en la oficina responsable de su privacidad y la seguridad de su información. Cualquier queja que usted o su familia puedan tener en esta área deben ser dirigidas al Oficial de Privacidad.

# LONESTAR UROLOGY

ROBERT G. STROUD, D.O., F.A.C.O.S.

ADULT & PEDIATRIC UROLOGY

## PRIVACY PRACTICE ACKNOWLEDGEMENT AND CONSENT FOR DISCLOSURE

I have read the NOTICE OF PRIVACY PRACTICES and have had any questions answered by this office. I understand that by signing this form I consent to the following:

(He leído el aviso de privacidad y no he tenido ninguna pregunta contestada por esta oficina. Entiendo que al firmar este formulario consiento a la siguiente)

- a) Sharing Information for the Purposes of Treatment: You will share my information with all members of my treatment team, both within this office and with other providers (personal and institutional) in order to provide me with quality care.  
Intercambio de información a los fines del tratamiento: Usted compartirá mi información con todos los miembros de mi equipo de tratamiento, tanto dentro de esta oficina y con otros proveedores (personales e institucionales) con el fin de proveer de mí una atención de calidad
- b) Sharing Information for Purposes of Payment: You will share all necessary information with my insurer, payor, governmental entities (such as Medicare or Tricare) and their representatives (including, but not limited to, benefit determination and utilization review) as well as your representatives involved in the billing process (including, but not limited to, claims representatives, data warehouses, and billing companies).  
Intercambio de información a efectos de pago: Se puede participar toda la información necesaria con mis asegurador, pagador, entidades gubernamentales (tales como Medicare o Tricare) y sus representantes (incluyendo, pero no limitado a, la determinación de beneficios y revisión de utilización), así como sus representantes participan en el proceso de facturación (incluyendo, pero no limitado a, representantes de reclamos, almacenes de datos, y las compañías de facturación).
- c) Sharing Information for Purposes of Operations: You will share all all information necessary for ongoing operations of this office (including, but not limited to, the credentialing processes, peer review and accreditation) and compliance with all federal and state laws.  
Intercambio de información a efectos de Operaciones: Se puede participar toda la información necesaria para las operaciones en curso de esta oficina (incluyendo, pero no limitado a, los procesos de acreditación, revisión por pares y la acreditación) y el cumplimiento de todas las leyes federales y estatales

Do we have your permission to / Tenemos su permiso para:

Discuss your medical conditions with any member of your household?

Discutir sus condiciones médicas con cualquier miembro de su hogar?

YES

NO

If yes, whom? \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  
(En caso afirmativo, a quie) (Relación)

My consent is given freely. I understand that I may revoke this consent at any time if that revocation is in writing, but any disclosures given in reliance on this prior consent will be permissible. (Mi consentimiento se da libremente. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento en caso de que la revocación es por escrito, pero las revelaciones dadas en virtud de esta autorización previa, será admisible.)

\_\_\_\_\_  
Patient Name / Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Date / Fecha

\_\_\_\_\_  
Patient Name Printed / Nombre del Paciente Impreso

\_\_\_\_\_  
Date of Birth / Fecha de nacimiento

Office use only: We attempted to obtain written acknowledgement of receipt of our Privacy Practices, but acknowledgement could not be obtained because  
\_\_\_\_\_ REFUSAL TO SIGN \_\_\_\_\_ COMMUNICATION BARRIER \_\_\_\_\_ EMERGENCY \_\_\_\_\_ OTHER explain: \_\_\_\_\_

## Financial Policy

LoneStar Urology recognizes the need for a clear understanding between patient and physician regarding financial arrangements for care. The following information is provided to avoid any misunderstanding concerning payment for professional services.

1. **PAYMENT**: Payment is expected at the time of service. We will file your insurance as a **courtesy**. If your deductible has not been met, or a percentage is your responsibility, we expect payment when services are rendered. You are exempt from this policy if your primary insurance carrier is Medicare, Medicaid, or a managed care company that only requires a co-payment at the time of service (HMO, PPO, EPO, etc.). **Even though insurance will be filed, you are responsible for any balance after insurance processes your claim.** All charges for treatment become due and payable sixty (60) days after the date of service. This period allows sufficient time to process insurance and make payment in full of any remaining balance. There will be a \$25 charge for returned checks.
2. **SELF PAYMENT (PRIVATE, CASH PAYMENT)**: If you have no insurance coverage, we ask that you coordinate your care with our business office prior to your care. We require an advance payment for professional services.
3. **MANAGED CARE**: All managed care (HMO, PPO, etc.) co-payment amounts are due at the time of service. **If your insurance plan requires a referral authorization from a primary care physician, please present this at your initial visit.** If you request an office visit or procedure without a referral authorization your insurance plan may deem this as “out of network” or “non covered” treatment, and you will be responsible for a larger amount or all of the charges. By signing below, patient acknowledges that it is the patient responsibility to be aware of what services are covered and agrees to pay for any service deemed to be non-covered or not authorized by the plan.
4. **MEDICARE**: LoneStar Urology participating providers with the Medicare program and accept as payment, the patient Medicare allowable, your deductible and/or 20% co-insurance. If you have supplemental insurance (Medigap) to cover the portion of the charges that Medicare does not pay, please provide us with a copy of your insurance card and any forms your insurance company may require. Medicare or secondary carriers do not cover some procedures and supplies. Please make certain you understand which aspects of your treatment are covered before proceeding. In this rare case you may be asked to sign a waiver form, which states that you understand that you will be responsible for these charges.
5. **MEDICAL RECORDS**: LoneStar Urology is authorized to release medical records to the insurance of the insured for purposes including but not limited to: payment of claims, utilization management, quality assurance, and claim audits. **I consent to treatment necessary for the care of the patient indicated on this form. The signature below is valid until revoked in writing by the patient.**
6. **SECONDARY INSURANCE**: The Texas Department of Insurance requires the patient to provide secondary insurance coverage to the provider if applicable. Patient agrees to provide such information as outlined below. Patient agrees to notify provider in the future immediately of any additions, changes or deletions in primary or secondary insurance coverage. Initial/complete as applicable.

\_\_\_\_\_ I have no secondary insurance coverage.

\_\_\_\_\_ I have secondary insurance coverage as described on the attached Patient Demographic form.

**LoneStar Urology firmly believes that a good patient/physician relationship is based upon understanding and open communications. It is our hope that the above financial policy will allow us to provide the highest quality care to our patients. If you have any questions or need clarification regarding financial policies please call us at (817) 335-0199**

---

Patient Name (Please Print)

---

SIGNATURE (INSURED / GUARDIAN)

---

TODAY'S DATE