



Academic Urology at Erlanger

979 E 3rd St, Ste C-535
Chattanooga, TN 37403
Phone: 423-778-5910

We would like to welcome you to our practice!

We have an appointment scheduled for: _____

on _____ at _____ with Dr. Paul Zmaj, MD.

Our **Erlanger Main** campus is located inside Erlanger Hospital's Medical Mall. You will take the C-Elevator (next to the pharmacy) to the 5th floor, suite C-535.

Since this is your first appointment with us, please bring the following:

- The completed cover letter and packet.
- Parent or guardian's drivers license/photo ID.
- Patient's insurance card AND your co-payment (if required by your insurance company). You can pay with check, credit/debit card, or cash.

Because we have a waiting list to see some of our providers, we require a 24 hour notice to cancel appointments. If we have already closed for the day, please leave a message on our voicemail or with our answering service.

Your signature below indicates that you have read and understand the above.

Signature: _____ Date: _____

This form will be retained in your child's physical or electronic medical chart; we can provide you with a copy at your request.

PATIENT INFORMATION SHEET
INFORMACION DEL PACIENTE

PATIENT / PACIENTE

LAST NAME / APELLIDOS _____ FIRST / PRIMER _____ MIDDLE / SEGUNDO _____ SUFFIX / SUFIJO _____
DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____ AGE / EDAD _____ SEX / SEXO _____ SOCIAL SECURITY # / # DE SEGURO SOCIAL _____ RACE / RAZA _____
HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____ CITY / CIUDAD _____
STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____ COUNTY / CONDADO _____ HOME PHONE # / TELÉFONO DE CASA _____
PEDIATRICIAN / PEDIATRA _____ PHONE # / TELÉFONO _____ REFERRING DOCTOR / MÉDICO REFERENTE _____ PHONE # / TELÉFONO _____

PATIENT'S FATHER / PADRE DEL PACIENTE

NAME / NOMBRE _____
HOME PHONE # / TELÉFONO DE CASA _____ SOCIAL SECURITY # / # DE SEGURO SOCIAL _____ DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____
HOME ADDRESS / DIRECCIÓN _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____
EMPLOYER / COMPANIA DONDE TRABAJA _____ JOB TITLE / TÍTULO _____ WORK PHONE # / TELÉFONO DEL TRABAJO _____
WORK ADDRESS / DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

PATIENT'S MOTHER / MADRE DEL PACIENTE

NAME / NOMBRE _____
HOME PHONE # / TELÉFONO DE CASA _____ SOCIAL SECURITY # / # DE SEGURO SOCIAL _____ DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____
HOME ADDRESS / DIRECCIÓN DE CASA _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____
EMPLOYER / COMPANIA DONDE TRABAJA _____ JOB TITLE / TÍTULO _____ WORK PHONE # / TELÉFONO DEL TRABAJO _____
WORK ADDRESS / DIRECCIÓN DEL TRABAJO _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

EMERGENCY CONTACT / CONTACTO DE EMERGENCIA (SOMEONE OUTSIDE YOUR HOME / ALGUIEN NO DE SU HOGAR)

NAME / NOMBRE _____ HOME PHONE # / TELÉFONO DE CASA _____
HOME ADDRESS / DIRECCIÓN DE CASA _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____

*** THIS IS VERY IMPORTANT IF WE NEED TO CONTACT YOU FOR SOME REASON ***
*** ESTO ES MUY IMPORTANTE POR SI A CASO NECESITEMOS COMUNICARNOS CON UD. ***
POR RAZONES DE SEGURO MÉDICO POR FAVOR ENTREGUE LA TARJETA DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE AL RECEPCIONISTA PARA HACER UNA COPIA. SI SU SEGURO MÉDICO REQUIERE UN NÚMERO DE REFERENCIA DE SU MÉDICO PRINCIPAL, POR FAVOR ENTRÉGUELO AL RECEPCIONISTA CON ESTE FORMULARIO.

INDIVIDUAL RESPONSIBLE FOR BILL / INDIVIDUO RESPONSABLE DE LA CUENTA
FILL THIS OUT ONLY IF DIFFERENT THAN PARENT / SOLO RELLENE ESTA PARTE SI ES DIFERENTE A LOS PADRES

GUARANTOR'S NAME / NOMBRE DEL GARANTE _____ SOCIL SECURITY # / # DE SEGURO SOCIAL _____
HOME PHONE # / TELÉFONO DE CASA _____ RELATIONSHIP TO PATIENT / PARENTESCO CON EL PACIENTE _____
EMPLOYER / COMPANIA DONDE TRABAJA _____ JOB TITLE / TÍTULO _____ WORK PHONE # / TELÉFONO DE TRABAJO _____
WORK ADDRESS / DIRECCIÓN DE TRABAJO _____ CITY / CIUDAD _____ STATE / ESTADO _____ ZIP CODE / CÓDIGO POSTAL _____
LENGTH OF EMPLOYMENT / TIEMPO EMPLEADO _____ years/months / años/meses _____ CIRCLE ONE: PART-TIME / FULL TIME / RETIRED / NOT EMPLOYED / ACTIVE MILITARY / CIRCULE UNO: MEDIA JORNADA / JORNADA COMPLETA / JUBILADO / NO EMPLEADO / MILITAR ACTIVO

PATIENT HISTORY FORM / HISTORIAL MÉDICA DEL PACIENTE

**Note: this is a confidential record and will be kept in your doctor's office.
Information contained here will not be released to anyone without your authorization to do so**

Nota que este es un historial privado y se guardará en la oficina de su médico.
La información contenida en este documento no se hará público a nadie sin su autorización.

.....
TODAY'S DATE / FECHA DE HOY ____ / ____ / ____ DATE OF LAST PHYSICAL EXAM / FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN FÍSICO ____ / ____ / ____
LAST NAME / APELLIDOS _____ FIRST / PRIMERO _____ MIDDLE / SEGUNDO _____
MEDICAL RECORD NUMBER / NÚMERO DE ARCHIVO MÉDICO _____ DATE OF BIRTH / FECHA DE NACIMIENTO _____

HISTORY OF PRESENT ILLNESS / HISTORIAL DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Please answer the following questions / Por favor responda a las siguientes preguntas

CHIEF COMPLAINT / QUEJA PRINCIPAL

What is the reason for your child's visit today? (Describe your child's problem in detail)

¿Cuál es la razón principal por la visita de su criatura hoy día? (Describa en detalle el problema de su criatura)

LOCATION OF PROBLEM / LUGAR DEL PROBLEMA

Abdomen / Abdomen Back / Espalda Bladder / Vejiga

Other / Otro _____

ON A SCALE OF 1 TO 10, WITH 10 BEING THE MOST SEVERE, CIRCLE THE NUMBER THAT BEST DESCRIBES THE PROBLEM.

EN UNA ESCALA DE 1 AL 10 (10 INDICANDO LO MAS SEVERO) CIRCULE EL NÚMERO QUE MEJOR DESCRIBE EL PROBLEMA

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

WHEN DID YOU FIRST NOTICE THE PROBLEM?

¿CUÁNDO NOTÓ EL PROBLEMA?

2 days ago / hace 2 días

1 month ago / hace 1 mes

1 week ago / hace 1

semana

Other / Otro _____

DOES ANYTHING HELP THE PROBLEM OR MAKE IT WORSE?

¿ALGO MEJORA EL PROBLEMA O LO EMPEORA?

HOW LONG DOES THE PROBLEM LAST? / ¿CUÁNTO TIEMPO DURA EL PROBLEMA?

30 minutes / minutos 1 hour / hora Always there / Siempre presente

Other / Otro _____

IS ANYTHING ELSE OCCURRING AT THE SAME TIME?

¿ALGO MÁS OCURRE A LA MISMA VEZ?

Yes / Si No If Yes, please explain / Si sí, por favor explique

Vomiting & diarrhea / Vómito y diarrea fever / fiebre blood in urine / sangre en la orina

Other / Otro _____

IS THE PROBLEM CONSTANT OR VARIABLE?

¿EL PROBLEMA ES CONSTANTE O VARIABLE?

Always there / Siempre presente sometimes there / A veces presente

Other / Otro _____

DOES THE PROBLEM INTERFERE WITH YOUR CHILD'S NORMAL FUNCTIONS?

¿EL PROBLEMA INTERFIERE CON LAS FUNCIONES NORMALES DE SU CRIATURA?

Yes / Si No If Yes, please explain / Si es sí, por favor explique

.....
Physician's use only (comments/notes) / Solo uso médico:

= L
1-3 = 1-2
> 4 = 3-5

REVIEW OF SYSTEMS / REPASO DE LAS SISTEMAS

Does your child now have, or has your child had any recent problems related to the following systems? Circle Y (yes) or N (no). Please explain any "yes" answers in the space provided

¿Su criatura actualmente tiene o ha recién tenido cualquiera de los problemas asociados con los siguientes sistemas? Circule Y (sí) o N (no). Por favor explique cualquier pregunta que responda "sí")

GENERAL / GENERAL

Fever / fiebre	Y	N
Chills / Escalofríos	Y	N
Abnormal Growth / Crecimiento Anormal	Y	N
Abnormal Development / Desarrollo anormal	Y	N
Other / Otro _____		

EYES / OJOS

Blurred Vision / Visión Borrosa	Y	N
Redness / Color Rojo	Y	N
Pain / Dolor	Y	N
Other / Otro _____		

ALLERGIES / ALERGIAS

Hay fever / Fiebre del heno	Y	N
Drug allergies / alergias a medicinas	Y	N
Food / Alimentos	Y	N
Other / Otro _____		

NERVOUS SYSTEM / SISTEMA NERVIOSO

Seizures / Convulsiones	Y	N
Abnormal walking / Caminar anormal	Y	N
Abnormal coordination / Coordinación anormal	Y	N
Other / Otro _____		

HORMONE SYSTEM / SISTEMA HORMONA

Excessive thirst / Sed excesiva	Y	N
Tired or sluggish / Cansancio o flojera	Y	N
Abnormal hair growth / Crecimiento anormal del pelo	Y	N
Other / Otro _____		

STOMACH & INTESTINES / ESTOMAGO E INTESTINOS

Stomach Pains / Dolores en el estomago	Y	N
Nausea; vomiting / Nausea; vómito	Y	N
Constipation / Estreñimiento	Y	N
Other / Otro _____		

HEART / CORAZÓN

Heart murmur / Soplo del corazón	Y	N
High blood pressure / Presión alta de la sangre	Y	N
Other / Otro _____		

SKIN / PIEL

Rashes / Ronchas	Y	N
Continued itching / Picazón continua	Y	N
Easy bruising / Fácilmente le salen moretones	Y	N
Other / Otro _____		

MUSCLE SYSTEM / SISTEMA MUSCULAR

Joint pain / Dolor de las articulaciones	Y	N
Back pain / Dolor de la espalda	Y	N
Muscle cramping / Calambres de los músculos	Y	N
Other / Otro _____		

EAR, NOSE, THROAT & MOUTH / OÍDO, NARIZ, GARGANTA Y BOCA

Ear infections / Infecciones de los oídos	Y	N
Sore throat / garganta adolorida	Y	N
Sinus problems / Problemas sinusales	Y	N
Other / Otro _____		

KIDNEY & BLADDER / RIÑÓN Y VEJIGA

Blood in urine / Sangre en la orina	Y	N
Burning with urination / Ardor al orinar	Y	N
Frequent urination / Orinando con mucha frecuencia	Y	N
Other / Otro _____		

LUNGS / PULMONES

Wheezing / Dificultad respirando	Y	N
Frequent cough / Tos frecuente	Y	N
Shortness of breath / Falta de respiración	Y	N
Other / Otro _____		

BLOOD & LYMPH GLANDS / SANGRE Y GLANDULAS LINFA

Swollen glands / Glándulas hinchadas	Y	N
Blood clotting problems / Problemas con coagulación	Y	N
Other / Otro _____		

.....
 Physician's use only (comments) / Solo uso médico:

= L
0-1 = 1-2
2-9 = 3
>10 = 4-5

Physician: _____

Date: _____ / _____ / _____

