



CHART # _____

- George Ganesan, M.D.
 J. Chadwick Plaire, M.D.
 Jessica T. Casey, M.S., M.D.
 Melissa Arcella, PA-C
 Tenaya
 Maryland
 Henderson
 Summerlin
 Reno

PATIENT REGISTRATION/REGISTRO DE PACIENTE

Today's Date/ Fecha: _____
 () NEW () ESTABLISHED - Last seen: _____

 NUEVO
 ESTABLECIDO - Ultima visita: _____

Patient Name: Nombre del Paciente	Age: Edad	<input type="checkbox"/> Male Nino
Soc Sec #/Seguro Social:	Date of Birth: Fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Female Nina

Physical/Mailing Address / Domicilio:	Apt #: Apt #	City/Ciudad:	State: Estado	Zip Code: Codigo
--	------------------------	---------------------	-------------------------	----------------------------

<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father Madre Padre <input type="checkbox"/> Biological/ biológico <input type="checkbox"/> Foster Parent/Padres sustitutos <input type="checkbox"/> Legal Guardian/Guardián legal <input type="checkbox"/> Adoptive Parent/Padres adoptivos	Name/Nombre Date of Birth/Fecha de nacimiento	Soc Sec #/Seguro Social
--	--	--------------------------------

Physical Address/Domicilio	Phone #/Telefono <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Codigo	<input type="checkbox"/> Preferred contact/Contacto preferido

<input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father Madre Padre <input type="checkbox"/> Biological/biológico <input type="checkbox"/> Foster Parent/Padres sustitutos <input type="checkbox"/> Legal Guardian/Guardián legal <input type="checkbox"/> Adoptive Parent/Padres adoptivos	Name/Nombre Date of Birth/Fecha de nacimiento	Soc Sec #/Seguro Social
---	--	--------------------------------

Physical Address/Domicilio	Phone #/Telefono <input type="checkbox"/> Home/Casa <input type="checkbox"/> Cell/Celular <input type="checkbox"/> Work/Trabajo
City, State, Zip/Ciudad, Estado, Codigo	<input type="checkbox"/> Preferred contact/Contacto preferido

Pharmacy/Farmacia:
 ___ Albertsons ___ CVS ___ Walgreens ___ Walmart ___ Other/Otro: _____

Pharmacy Phone #/Telefono: _____

Cross Streets/Calles que cruzan: _____ & _____

1) Name of emergency contact Nombre contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Grandparent/Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Uncle/Tio <input type="checkbox"/> Aunt/Tia <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)	Phone #/Telefono ()
--	---	----------------------------------

2) Name of emergency contact Nombre contacto de Emergencia	<input type="checkbox"/> Grandparent/Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Uncle/Tio <input type="checkbox"/> Aunt/Tia <input type="checkbox"/> Friend/Amigo(a)	Phone #/Telefono ()
--	---	----------------------------------

Pediatrician's Name/Nombre de Pediatra	Phone #/Telefono ()
---	-----------------------------

Does patient have other siblings seen in our office? ___ No ___ YES -Please list below:
 El paciente tiene hermano(s) vistos en nuestra oficina No Si - Por favor liste abajo

Name of Sibling(s) Nombre de hermano(s)	Date of Birth Fecha de nacimiento

****INSURANCE INFORMATION / INFORMACIÓN DE SEGURO****

Primary Insurance/Seguro Primario	Policy #/Número de póliza	Group #/Grupo	Phone #/Telefono
Policy Holder's Name/Nombre Del Asegurado	Claims Address/Dirección de reclamaciones	Social Security #/ Seguro Social	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Employer Name/Nombre del empleador		Occupation/Ocupacion	

Secondary Insurance/Seguro Secundario	Policy #/Número de póliza	Group #/Grupo	Phone #/Telefono
Policy Holder's Name/Nombre Del Asegurado	Claims Address/Dirección de reclamaciones	Social Security #/ Seguro Social	Date of Birth/Fecha de nacimiento
Employer Name/Nombre del empleador		Occupation/Ocupacion	

Release of Medical Information and Assignment of Benefits /Divulgación de información médica y asignación de beneficios

I hereby authorise the release of any medical information to process claims. I authorize payment of basic benefits, as well as major medical benefits to providers indicated. I fully understand that I am responsible for any charges not covered by the insurance company.

Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica para procesar reclamaciones. Autorizo el pago de beneficios básicos, así como los principales beneficios médicos a los proveedores indicados. Entiendo perfectamente que soy responsable de cualquier cargo no cubierto por la compañía de seguros.

ALL CO-PAYS MUST BE PAID AT THE TIME OF VISIT / LOS CO-PAGOS DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA

Print name/Imprimir nombre

Date/Fecha

Signature/Firma

Relationship to patient: ___ **Self** ___ **Mother** ___ **Father** ___ **Other:** _____
 Relación con el paciente Paciente Madre Padre Otro



*George Ganesan, M.D. *J. Chadwick Plaire, M.D.
*Jessica T. Casey, M.S., M.D. *Melissa Arcella, PA-C

TREATMENT AUTHORIZATION/AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO

The following person(s), in addition to the parents or legal guardian(s) listed below, **are authorized to bring (child's name)** _____ in for treatment and/or follow up with any provider of **Children's Urology Associates**.

Las siguientes personas, además de los padres o tutores legales que se enumeran a continuación, están **autorizados para traer (nombre del niño)** _____ para tratamiento y / o seguimiento con cualquier proveedor de **Children's Urology Associates**.

Name/Nombre

Relationship to patient/Relacion

Name/Nombre

Relationship to patient/Relacion

Name/Nombre

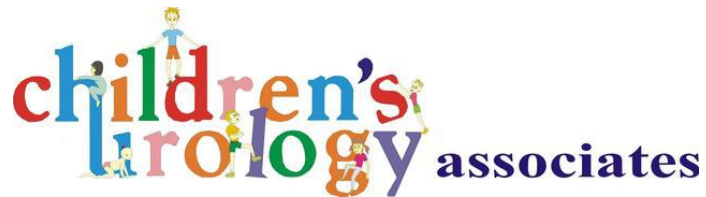
Relationship to patient/Relacion

Print name/Imprimir nombre

Date/Fecha

Signature/Firma

Relationship to patient: _____ **Self** _____ **Mother** _____ **Father** _____ **Other:** _____
Relación con el paciente Paciente Madre Padre Otro



*George Ganesan, M.D.

*J. Chadwick Plaire, M.D.

*Jessica T. Casey, M.S., M.D.

*Melissa Arcella, PA-C

RELEASE OF MEDICAL RECORDS/LIBERACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Patient Name/Nombre del Paciente

Date of Birth/Fecha de nacimiento

Home Address/Domicilio

City/Ciudad

State/Estado

Zip Code/Codigo Postal

Please release all pertinent medical records, films and test results to the office of:

Por favor, divulgue todos los registros médicos, películas y resultados de exámenes pertinentes a la oficina de:

**Children's Urology Associates
6670 S. Tenaya Way, Ste. 180
Las Vegas, NV 89113
Phone (702) 369-4999 / Fax (702) 369-2993**

Print name/Imprimir nombre

Date/Fecha

Signature/Firma

Relationship to patient: _____ **Self** _____ **Mother** _____ **Father** _____ **Other:** _____
Relación con el paciente Paciente Madre Padre Otro



*George Ganesan, M.D. *J. Chadwick Plaire, M.D.
*Jessica T. Casey, M.S., M.D. *Melissa Arcella, PA-C

ACKNOWLEDGEMENT OF RECEIPT NOTICE OF PRIVACY PRACTICE
ACUSE DE RECIBO AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

We are legally required to give you this Notice and to get a signed statement that you received it. By signing this form, you are acknowledging that you have received Children's Urology Associates Notice of Privacy Practice. Children's Urology Associates Notice of Privacy Practice tells you how we can use and disclose your health information. It also describes certain rights you have about your health information kept by us.

Please review the Notice of Privacy Practices carefully.

The undersigned hereby acknowledges receipt of Notice of Privacy Practices for Children's Urology Associates and each of its locations and components.

Estamos legalmente obligados a darle este Aviso y a obtener una declaración firmada de que lo recibió. Al firmar este formulario, usted reconoce que ha recibido el Aviso de práctica de privacidad de Children's Urology Associates. La Notificación de Prácticas de Privacidad de **Children's Urology Associates** le informa cómo podemos usar y divulgar su información de salud. También describe ciertos derechos que usted tiene sobre su información de salud mantenida por nosotros.

Por favor revise el Aviso de Prácticas de Privacidad cuidadosamente.

El abajo firmante acusa recibo del Aviso de prácticas de privacidad para los Asociados de urología infantil y cada una de sus ubicaciones y componentes.

Print patient name/Imprimir nombre

Date/Fecha

Parent/Guardian Signature/Firma del padre o tutor

Date/Fecha

If the patient did not sign acknowledgement of receipt of the Notice of Privacy Practices, please list reason(s):

Si el paciente no firmó el acuse de recibo del Aviso de prácticas de privacidad, indique los motivos:

Staff Member Signature Location Signed: ___ Henderson ___ Maryland
 ___ Summerlin ___ Tenaya ___ Reno



PATIENT HISTORY FORM/FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE

Date/Fecha: _____

Date of Birth: _____

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Fecha de nacimiento

Referring Physician/Médico de referencia: _____

Reason for visit and date of onset/Motivo de la visita y fecha de inicio: _____

Current Medications/Medicamentos actuales	Dose/Dosis	How Often/Con qué frecuencia

Allergies/Alergias	Reaction/REACCIÓN

BIRTH AND PRENATAL HISTORY/Nacimiento e historia prenatal

Gestational age born: _____ wks Delivery Type: ___ Vaginal ___ C-Section Birth Weight: _____ pounds _____ ounces
 Edad gestacional nacida semanas Tipo de parto Vaginal Cesárea Peso de nacimiento Libras Onzas

Prenatal ultrasounds: _____ No _____ Yes-The results were _____ NORMAL _____ ABNORMAL
 Ultrasonidos prenatales No Si-Los resultados fueron NORMAL ANORMAL

Did the patient stay in the NICU after birth? _____ No _____ Yes-How long and reason: _____
 Se quedó el paciente en la UCIN después del nacimiento? No Si-Cuanto tiempo y razón

MEDICAL HISTORY/Historial medico (please circle answer/por favor circule la respuesta)

YES Si	NO No	Heart murmur or ANY other cardiac abnormalities Soplo cardíaco o cualquier otra anomalía cardíaca
YES Si	NO No	Breathing distress / Asthma / RSV / Bronchitis / Pneumonia Dificultad respiratoria / Asma / VSR / Bronquitis / Neumonía
YES Si	NO No	Anemia / Blood transfusions / Bleeding tendency / Easy bruising Anemia / transfusiones de sangre / tendencia a la hemorragia / moretones fáciles
YES Si	NO No	Spina Bífida / Myelomeningocele / Neurogenic bladder Espina Bífida / Mielomeningocele / Vejiga Neurogénica
YES Si	NO No	Seizures / Syncope / Loss of sensation Convulsiones / Síncope / Pérdida de sensación
YES Si	NO No	Recurrent history of Otitis Media or Tonsillitis Historia recurrente de otitis media o amigdalitis
YES Si	NO No	Autism / Cerebral Palsy / Other disorders or syndromes (if so, please specify) Autismo / Parálisis cerebral / Otros trastornos o síndromes (de ser así, especifique) :

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento

GENITOURINARY HISTORY/HISTORIA GENITOURINARIA

Circumcised (MALE): _____ **No** _____ **Yes**
Circuncidado (masculino) No Si

Interested in a circumcision?: _____ **No** _____ **Yes**
Interesado en una circuncision? No Si

What age was your child when they started potty training: _____
Qué edad tenía tu hijo cuando empezaron a ir al baño?

What age was your child FULLY potty trained: _____ **Urination** _____ **Bowel movement**
Qué edad tenía su hijo COMPLETAMENTE capacitado para ir al baño? Micción Defecación

ANY history of urinary tract infections (UTI): _____ **No** _____ **Yes-When was the most recent:** _____
CUALQUIER historial de infecciones del tracto urinario No Sí-Cuándo fue el más reciente

ANY x-ray(s) / ultrasound(s) / or additional test done for this problem: _____ **No** _____ **Yes-When was it done and where:** _____
CUALQUIER radiografía (s) / ultrasonido (s) / o prueba adicional realizada para este problema: No Si-Cuando se hizo y donde

Test Done Prueba hecha	Where Dónde

SURGICAL HISTORY/HISTORIA QUIRURGICA

Date Fecha	Surgery Cirugía	Physician Name Nombre del médico

NON-Surgical Hospitalization

Hospitalización no quirúrgica:

Is your child seen by any other specialist: _____ **No** _____ **Yes-Please list below:**
Es su hijo visto por algún otro especialista? No Si-Por favor liste abajo

Physician Name Nombre del médico	Diagnosis Diagnostico

Patient Name: _____
Nombre del Paciente

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento

FAMILY HISTORY/HISTORIA FAMILIAR (circle answer/por favor circule la respuesta)

YES Si	NO No	Kidney Reflux (VUR) Reflujo de riñón	YES Si	NO No	Kidney stones Cálculos renales
YES Si	NO NO	Kidney Disease Enfermedad del riñón	YES Si	NO NO	Kidney failure Insuficiencia renal
YES Si	NO No	Prostate or Kidney Cancer Cáncer de próstata o riñón	YES Si	NO No	Leukemia Leucemia
YES Si	NO No	Hypospadias Hipospadias	YES Si	NO No	Anemia Anemia
YES Si	NO No	Epispadias ___ Male ___ Female Epispadias Masculino Hembra	YES Si	NO No	Sickle Cell trait / disease Rasgo de células falciformes / enfermedad
YES Si	NO No	Chronic urinary tract infections (UTIs) Infecciones crónicas del tracto urinario	YES Si	NO No	Factor V – Leiden or Clotting Disorder Factor V – Leiden o Trastorno de coagulación
YES Si	NO No	Problems with anesthesia Problemas con la anestesia	YES Si	NO No	Hemophilia or Von Willebrand Disease Hemofilia o Enfermedad de Von Willebrand
YES Si	NO No	Malignant Hyperthermia Hipertermia Maligna			

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Lives with parents: ___ No ___ Yes
Vive con los padres No Sí

Is patient sexually active: ___ No ___ Yes
Es paciente sexualmente activo No Sí

Please list any other pertinent information your physician should know

Enumere cualquier otra información pertinente que su médico deba saber: _____

Pharmacy/Farmacia: ___ Albertsons ___ CVS ___ Walgreens ___ Walmart ___ Other/Otro: _____

Pharmacy Phone #/Telefono: _____ Cross Streets/Calles que cruzan: _____

PHYSICAL EXAM: TEMP _____ PULSE _____ B/P _____ WT _____ HT _____

NOTES: _____

Physician's Signature: _____ Date: _____