



<b>Pediatrician's Name</b> /Nombre de Pediatra	<b>Phone #</b> /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

<b>Name of Sibling(s)</b> Nombre de hermano(s)	<b>Date of Birth</b> Fecha de nacimiento

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

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

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

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

I hereby authorize 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**.

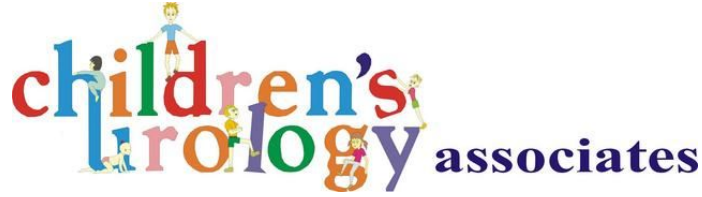
<b>Name/Nombre</b>	<b>Relationship to patient/Relacion</b>
<b>Name/Nombre</b>	<b>Relationship to patient/Relacion</b>
<b>Name/Nombre</b>	<b>Relationship to patient/Relacion</b>

\*\*\*\*\*

<b>Print name/Imprimir nombre</b>	<b>Date/Fecha</b>
-----------------------------------	-------------------

\_\_\_\_\_  
**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** / Código 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





**PATIENT HISTORY FORM / FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE**

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

Patient Name: \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

Date of Birth: \_\_\_\_\_  
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

Pharmacy Used/Farmacia: \_\_\_\_\_ CVS \_\_\_\_\_ Walgreens \_\_\_\_\_ Walmart \_\_\_\_\_ Other/Otro: \_\_\_\_\_  
Pharmacy Phone #/Telefono: \_\_\_\_\_ Cross Streets/Calles que cruzan: \_\_\_\_\_

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/parto/ peso      semanas      Vaginal      Cesárea      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	<b>Heart murmur or ANY other cardiac abnormalities</b> Soplo cardíaco o cualquier otra anomalía cardíaca
YES Si	NO No	<b>Breathing distress / Asthma / RSV / Bronchitis / Pneumonia</b> Dificultad respiratoria / Asma / VSR / Bronquitis / Neumonía
YES Si	NO No	<b>Anemia / Blood transfusions / Bleeding tendency / Easy bruising</b> Anemia / transfusiones de sangre / tendencia a la hemorragia / moretones fáciles
YES Si	NO No	<b>Spina Bifida / Myelomeningocele / Neurogenic bladder</b> Espina Bífida / Mielomeningocele / Vejiga Neurogénica

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

**Medical History/Historial medico** (continued)

(please circle answer / por favor circule la respuesta)

YES Si	NO No	<b>Seizures / Syncope / Loss of sensation</b> Convulsiones / Síncope / Pérdida de sensación
YES Si	NO No	<b>Recurrent history of Otitis Media or Tonsillitis</b> Historia recurrente de otitis media o amigdalitis
YES Si	NO No	<b>Autism / Cerebral Palsy / Other disorders or syndromes (if so, please specify)</b> Autismo / Parálisis cerebral / Otros trastornos o síndromes (de ser así, especifique): _____ _____

**GENITOURINARY HISTORY/HISTORIA GENITOURINARIA**

**Circumcised (MALE):** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_ **Yes**  
Circuncidado (masculino) 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

<b>Test Done</b> Prueba hecha	<b>Where</b> Dónde

**SURGICAL HISTORY/HISTORIA QUIRURGICA**

<b>Date</b> Fecha	<b>Surgery</b> Cirugía	<b>Physician Name</b> Nombre del médico

**NON-Surgical Hospitalization**

Hospitalización no quirúrgica:

---

---

**Patient Name:** \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente

**Date of Birth:** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento

**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

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

<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Kidney Reflux (VUR)</b> Reflujo de riñón	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Kidney stones</b> Cálculos renales
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> NO	<b>Kidney Disease</b> Enfermedad del riñón	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> NO	<b>Kidney failure</b> Insuficiencia renal
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Prostate or Kidney Cancer</b> Cáncer de próstata o riñón	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Leukemia</b> Leucemia
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Hypospadias</b> Hipospadias	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Anemia</b> Anemia
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Epispadias</b> _____ <b>Male</b> _____ <b>Female</b> Epispadias Masculino Hembra	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Sickle Cell trait / disease</b> Rasgo de células falciformes / enfermedad
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Chronic urinary tract infections (UTIs)</b> Infecciones crónicas del tracto urinario	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Factor V - Leiden</b> Factor V - Leiden
<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Problems with anesthesia</b> Problemas con la anestesia.	<b>YES</b> Si	<b>NO</b> No	<b>Factor VIII - Von Willebrand Factor</b> Factor VIII - Von Willebrand Factor

**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: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**PHYSICAL EXAM: TEMP \_\_\_\_\_ PULSE \_\_\_\_\_ B/P \_\_\_\_\_ WT \_\_\_\_\_ HT \_\_\_\_\_**

**Notes:**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Physician's Signature :** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_