

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

PATIENT HISTORY FORM/ FORMULARIO DE HISTORIA DEL PACIENTE:

FECHA: _____

NAME/NOMBRE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____ **SEGUNDO NÚMERO DE TELÉFONO:** _____

EMAIL: _____

REASONS FOR TODAY'S VISIT/RAZON POR LA VISITA DE HOY: _____

PRIMARY DOCTOR & PHONE #/ DOCTOR PRIMARIO Y TELÉFONO: _____

REFERRING DOCTOR/DOCTOR QUE LO REFERIO Y TELÉFONO: _____

PHARMACY NAME & PHONE #/ NOMBRE DE LA FARMACIA Y TELÉFONO: _____

DRUG ALLERGIES/ALERGIA A ALGUN MEDICAMENTO NONE/NINGUNA

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES TO IODINE?/TIENE ALGUNA ALERGIA AL YODO? YES/SÍ NO

DRUG/MEDICAMENTO

REACTION/REACCIÓN

MEDICATION/MEDICAMENTOS INCLUYA TODOS HASTA ESOS SIN RECETA NONE/NINGUNO

NAME OF DRUG/NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSE/DOSIS	# TIMES PER DAY/VECES AL DÍA	NAME OF DRUG/NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSE/DOSIS	# TIMES PER DAY/VECES AL DÍA
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

ARE YOU TAKING ANY BLOOD THINNERS?/ ESTÁ TOMANDO ALGÚN ANTICOAGULANTE (SELECCIONE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

YES/SÍ NO

ASPIRIN COUMADIN WARFARIN ELIQUIS XARELTO PRADAXA PLAVIX AGGRENOX BRILINTA

OTHER _____

DID YOU GET A PNEUMOCOCCAL VACCINE?/ RECIBIO UNA VACUNA NEUMOCÓCICA? YES/SÍ NO _____

ADMINISTERED BY/DONDE RECIBIO LA VACUNA? _____

HAVE YOU HAD A RECENT COLONOSCOPY? SE HIZO UNA COLONOSCOPIA RECIENTEMENTE? YES/SÍ NO _____

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

PAST SURGICAL HISTORY / HISTORIA QUIRÚRGICA

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> APPENDECTOMY/APENDICECTOMÍA | <input type="checkbox"/> CHOLECYSTECTOMY/COLECISTECTOMÍA | <input type="checkbox"/> BACK SURGERY/CIRUGÍA DE ESPALDA |
| <input type="checkbox"/> NEPHRECTOMY/ NEFRECTOMÍA | <input type="checkbox"/> VASECTOMY/VASECTOMÍA | <input type="checkbox"/> C-SECTION/CESÁREA |
| <input type="checkbox"/> GASTRIC BYPASS/BYPASS GÁSTRICO | <input type="checkbox"/> SPLENECTOMY/ESPLENECTOMÍA | <input type="checkbox"/> COLONOSCOPY DATE/COLONOSCOPIA |
| <input type="checkbox"/> PROSTATECTOMY/PROSTATECTOMÍA | <input type="checkbox"/> HEMORRHOIDECTOMY/HEMORROIDECTOMÍA | FECHA: _____ |
| <input type="checkbox"/> HERNIA REPAIR/REPARACIÓN DE HERNIA | <input type="checkbox"/> CABG (CORONARY BYPASS)/BYPASS CORONARIO | <input type="checkbox"/> PACEMAKER IMPLANT/
MARCAPASOS |
| <input type="checkbox"/> THYROIDECTOMY/TIROIDECTOMÍA | <input type="checkbox"/> HIP REPLACEMENT/REEMPLAZO DE CADERA | |
| <input type="checkbox"/> HYSTERECTOMY/HISTERECTOMÍA | <input type="checkbox"/> COLON RESECTION/RESECCIÓN DE COLON | |
| <input type="checkbox"/> TURP/RESECCIÓN TRANSURETRAL DE LA PRÓSTATA | | |

PAST MEDICAL HISTORY / HISTORIA MÉDICA

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMER'S/ DEMENCIA | <input type="checkbox"/> CORONARY HEART DISEASE/ENFERMEDAD CORONARIA | <input type="checkbox"/> HEPATITIS |
| <input type="checkbox"/> SEIZURE/CONVULSIONES | <input type="checkbox"/> ANEMIA | <input type="checkbox"/> DEPRESSION/DEPRESIÓN |
| <input type="checkbox"/> HERNIA | <input type="checkbox"/> STROKE (CVA)/DERRAME CEREBRAL (AVC) | <input type="checkbox"/> ANXIETY DISORDER/ANSIEDAD |
| <input type="checkbox"/> DIABETES MELLITUS (TIPO 1 O 2) | <input type="checkbox"/> HYPERTENSION/HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> ARTHRITIS/ARTRITIS |
| <input type="checkbox"/> ASTHMA/ASMA | <input type="checkbox"/> TRANSIENT ISCHEMIC/ISQUEMIA TRANSITORIA | <input type="checkbox"/> MIGRAINE/MIGRAÑAS |
| <input type="checkbox"/> FIBROMYALGIA/FIBROMIALGIA | <input type="checkbox"/> DVT (VENOUS EMBOLISM)/TVP (EMBOLISMO VENOSO) | <input type="checkbox"/> OSTEOPOROSIS |
| <input type="checkbox"/> HYPERTHYROIDISM/HIPERTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> ELEVATED CHOLESTEROL/COLESTEROL ELEVAD | |
| <input type="checkbox"/> HYPOTHYROIDISM/HIPOTIROIDISMO | <input type="checkbox"/> BLEEDING DISORDERS/TRASTORNOS DE LA SANGRE | |
| <input type="checkbox"/> ESOPHAGEAL REFLUX/REFLUJO ESOFÁGICO / GASTRICO | <input type="checkbox"/> IRRITABLE BOWEL DZ/ENFERMEDAD INTESTINAL | |
| <input type="checkbox"/> CARDIAC ARRHYTHMIA/ARRITMIA CARDIACA | <input type="checkbox"/> KIDNEY STONE/CÁLCULOS RENALES | |
| <input type="checkbox"/> CONGESTIVE HEART DISEASE/ENFERMEDAD CARDÍACA CONGESTIVA | <input type="checkbox"/> GLAUCOMA (OPEN/CLOSED)/(ABIERTA O CERRADA) | |
| <input type="checkbox"/> COPD (LUNG DISEASE)/EPOC (ENFERMEDAD PULMONAR) | <input type="checkbox"/> HEART ATTACK (MI)/INFARTO DE MIOCARDIO | |
| <input type="checkbox"/> ATTACK (TIA)/ATAQUE (AIT) | | |
| <input type="checkbox"/> CANCER (MENCIONE TODOS): _____ | | |

FAMILY HISTORY / HISTORIA FAMILIAR (ESPECIFIQUE EL MIEMBRO FAMILIAR)

- | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| BLADDER/VEJIGA CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | UTERINE/UTERINO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| BREAST/SENO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | HYPERTENSION/HIPERTENSIÓN | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| CERVICAL CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | HEART /ENFERMEDAD CARDIACA | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OVARIAN/OVARIO CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | KIDNEY/RIÑÓN CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| DIABETES | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | KIDNEY STONES/ CÁLCULOS RENALES | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | PROSTATE/PRÓSTATA CANCER | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |
| OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO | OTHER _____ | <input type="checkbox"/> YES | <input type="checkbox"/> NO |

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071

Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

SOCIAL HISTORY / HISTORIA PERSONAL

MARITAL STATUS/ESTADO CIVIL: SINGLE/SOLTERO/A MARRIED/CASADO/A
 DIVORCED/DIVORCIADO/A WIDOWED/VIDUO/A

TOBACCO USE/ USO NON-SMOKER/ SMOKER _____ PACKS/DAY _____ YEARS PREVIOUS SMOKER – QUIT
DE TABACO: NO FUMADOR FUMADOR PAQUETES/DÍA/AÑO _____
CUANDO PARO DE FUMAR _____

HOW MANY CAFFEINE DRINKS PER DAY / 0 1 2 3 4 5+
CUANTAS TAZAS DE CAFÉ TOMA POR DÍA?

HEIGHT/ALTURA: _____ FEET/PIES _____ INCHES/PULGADAS WEIGHT/PESO: _____ LIBRAS

USUAL BLOOD PRESSURE READING/PRESIÓN ARTERIAL HABITUAL _____

CONSTITUTIONAL / CONSTITUCIONAL

FEVER/FIEBRE YES NO
CHILLS/ESCALOFRIOS YES NO
HOT FLASHES/SOFOCOS /CALENTONES YES NO
FATIGUE/FATIGA YES NO
WEIGHT LOSS/PERDIÓ PESO YES NO
WEIGHT GAIN/AUMENTO DE PESO YES NO
WEAKNESS/DEBILIDAD YES NO
LOSS OF APPETITE/MENOS APETITO YES NO

OPHTHALMOLOGY / OPHTHALMOLOGÍA

CATARACTS/CATARATAS YES NO
GLAUCOMA YES NO
BLURRY VISION/VISIÓN BORROSA YES NO
DRY EYES/OJOS SECOS YES NO
VISION LOSS/VISIÓN PÉRDIDA YES NO

ENT / OTORRINOLARINGÓLOGO

TINNITIS (ZUMBIDO DEL OÍDO) YES NO
HEARING LOSS/ PÉRDIDA AUDICIÓN YES NO
SINUS ISSUES/PROBLEMAS SINUSALES YES NO
NOSE BLEEDS/SANGRADO DE NARIZ YES NO
DRY MOUTH/BOCA SECA YES NO
SWALLOWING ISSUES/
DIFICULTAD TRAGANDO YES NO
SORE THROAT/DOLOR DE GARGANTA YES NO

CARDIOLOGY / CARDIOLOGÍA

SWELL ANKLES/TOBILLOS HINCHADOS YES NO
CHEST PAIN/DOLOR DEL PECHO YES NO
DIZZINESS/MAREOS YES NO
IRREGULAR HEARTBEAT/
IRREGULARIDAD DE LATIDOS YES NO
PALPITATIONS/PALPITACIONES YES NO

RESPIRATORY / RESPIRATORIO

SHORTNESS OF BREATH/DIFICULTAD RESPIRANDO YES NO
WHEEZING/SILBIDO DEL PECHO YES NO
COUGH/TOS YES NO

GASTROENTEROLOGY / GASTROENTEROLOGÍA

ABDOMINAL PAIN/DOLOR ABDOMINAL YES NO
CONSTIPATION/CONSTIPACIÓN YES NO
DIARRHEA/DIARREA YES NO
NAUSEA/VOMITING/VOMITANDO YES NO
HEARTBURN/ACIDEZ DEL CORAZÓN YES NO
INDIGESTION YES NO
BLOOD IN STOOL/SANGRE EN LAS HECEAS YES NO

MUSCULOSKELETAL / MUSCULOESQUELÉTICO

FLANK PAIN/DOLOR DE COSTADO YES NO
BACK PAIN/DOLOR DE ESPALDA YES NO
SORE MUSCLES/MUSCULOS DOLOROSOS YES NO
JOINT SWELLING, STIFFNESS, PAIN/HINCHAZON DE
ARTICULACIONES, RIGIDEZ, Y DOLOR YES NO

UROLOGIC / UROLÓGICO

NIGHTTIME URINATION/ORINAR DE NOCHE YES NO
DIFFICULTY STARTING STREAM/DIFICULTAD EMPEZANDO
ORINAR YES NO
WEAK STREAM/CHORRO DÉBIL YES NO
LEAKAGE OR DRIBBLING/GOTEO DE ORINA YES NO
PAINFUL URINATION/DOLOR AL ORINAR YES NO
BLOOD IN URINE/SANGRE EN LA ORINA YES NO
FREQUENT URINATION/FRECUENCIA YES NO
URGENT URINATION/URGENCIA YES NO
INCOMPLETE BLADDER EMPTYING/VACIADO INCOMPLETO
DE LA VEJIGA YES NO

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071

Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
AARON BRAFMAN, M.D.
BLAKE EVANS, M.D.

GYNECOLOGIC / GINECOLÓGICO

- POST MENOPAUSAL/POSTMENOPÁUSICA YES NO
VAGINAL DRYNESS/SEQUEDAD VAGINAL YES NO
VAGINAL PAIN/DOLOR VAGINAL YES NO
VAGINAL DISCHARGE/FLUJO VAGINAL YES NO
VAGINAL ITCHING/PICAZÓN VAGINAL YES NO
PAIN WITH SEX/DOLOR CON EL SEXO YES NO
ON HORMONE REPLACEMENT?/
ACTUALMENTE EN REEMPLAZO HORMONAL? YES NO

MALE REPRODUCTIVE / SISTEMA REPRODUCTIVO DEL HOMBRE

- DIFFICULTY WITH ERECTION/DIFICULTAD CON LA ERECCIÓN YES NO
PAIN WITH ERECTION/DOLOR CON LA ERECCIÓN YES NO
DIFFICULTY WITH EJACULATION/DIFICULTAD CON LA EYACULACIÓN YES NO
DIMINISHED SEXUAL DRIVE/DISMINUCIÓN DEL IMPULSO SEXUAL YES NO
PENILE PAIN/DOLOR DE PENE YES NO
PENILE CURVATURE/CURVATURA DEL PENE YES NO
TESTICULAR PAIN/DOLOR TESTICULAR YES NO

ENDOCRINE/ ENDOCRINO

- EXCESSIVE THIRST/SED EXCESIVA YES NO
EXCESSIVE URINATION/ORINACIÓN EXCESIVA YES NO
COLD INTOLERANCE/INTOLERANCIA AL FRÍO YES NO
HEAT INTOLERANCE/INTOLERANCIA AL CALOR YES NO

HEMATOLOGIC / LYMPHATIC / HEMATOLÓGICO/LINFÁTICO

- BRUISES EASILY/MORETONES/MORADOS FACILMENTE YES NO
SWOLLEN LYMPH NODES/GANGLIOS LINFÁTICOS INFLAMADOS YES NO
BLOOD CLOTTING PROBLEM/
PROBLEMA DE COAGULACIÓN DE LA SANGRE YES NO

DERMATOLOGY / DERMATOLOGÍA

- RASH / ITCHING/ERUPCION/PICAZON YES NO
DRY OR SENSITIVE SKIN/PIEL SECA O SENSIBLE YES NO
SKIN CANCER/CANCER DE LA PIEL YES NO

NEUROLOGY/ NEUROLOGÍA

- HEADACHE/DOLORES DE CABEZA YES NO
NUMBNESS /TINGLING/HORMIGUEO O ENTUMECIMIENTO YES NO
WEAKNESS/DEBILIDAD YES NO
DIZZINESS/MAREOS YES NO
SEIZURES / CONVULSIONS/CONVULSIONES YES NO
ANXIETY /DEPRESSION/ANSIEDAD O DEPRESIÓN YES NO

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
 Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
 www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
 OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
 AARON BRAFMAN, M.D.
 BLAKE EVANS, M.D.

CUESTIONARIO DE SALUD SEXUAL PARA HOMBRES (SHIM)

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **FECHA:** _____

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE

La salud sexual es una parte importante del bienestar físico y emocional de una persona. La disfunción eréctil, también conocida como impotencia, es un tipo condición médica muy común que afecta la salud sexual. Afortunadamente, existen diversas opciones de tratamientos para la disfunción eréctil. Si usted padece de esta condición, puede conversar con su médico las opciones para su tratamiento.

Cada pregunta tiene varias respuestas posibles. Encierre en un círculo en el número que **mejor describe** su situación. Por favor asegúrese de que solo seleccione una respuesta, solamente una respuesta, para **cada pregunta**.

DURANTE LOS ULTIMOS 6 MESES:

		MUY BAJA	BAJA	REGULAR	ALTA	MUY ALTA
1. ¿Cómo califica su confianza de poder lograr y mantener una erección?	0	1	2	3	4	5
2. ¿Cuándo tuvo erecciones con estimulación sexual, con que frecuencia sus erecciones fueron lo suficientemente duras para realizar la penetración (en su pareja)?	SIN NINGUNA ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	ALGUNAS VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
3. ¿Durante el acto sexual o coito, con qué frecuencia fue capaz de mantener la erección después de haber penetrado a su pareja?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5
4. ¿Durante el acto sexual o coito, que tan difícil fue mantener la erección hasta el final del acto sexual o coito?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	LIGERAMENTE DIFICIL	SIN DIFICULTAD
	0	1	2	3	4	5
5. ¿Cuándo intentó realizar el acto sexual o coito, que tan seguido fue satisfactorio para usted?	NO INTENTE RELACIONES SEXUALES	CASI NUNCA O NUNCA	POCAS VECES (MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES)	A VECES (LA MITAD DE LAS VECES)	MUCHAS VECES (MAS DE LA MITAD DE LAS VECES)	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
	0	1	2	3	4	5

Sume los números correspondientes a las preguntas 1 – 5. **TOTAL:** _____

El Cuestionario de Salud Sexual para Hombres va mas allá y clasifica la disfunción eréctil en las siguientes categorías:

1-7 ED Severa 8-11 ED Moderada 12-16 ED Leve a Moderada 17-21 ED Leve

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071
 Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628
 www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.
 OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.
 AARON BRAFMAN, M.D.
 BLAKE EVANS, M.D.

THE UROLOGY GROUP EVALUACION DE SINTOMAS URINARIOS (AUA SYMPTOM SCORE)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: _____

Haga un circulo en el numero que aplica mejor a usted por cada pregunta	NUNCA	MENOS DE 1 VEZ EN 5	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	APPROX. LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE
VACIADO INCOMPLETO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la sensación de que la vejiga no ha vaciado por complete al terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
FRECUENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido la que orinar otra vez menos de dos horas despues de haber terminar de orinar?	0	1	2	3	4	5
INTERMITENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido que interrumpir el orinar y empezar de nuevo varias veces?	0	1	2	3	4	5
URGENCIA ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente le ha sido difícil aguantarse las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
CHORRO DEBIL ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan frecuentemente ha tenido un chorro débil al orinar?	0	1	2	3	4	5
ESFUERZO ¿Durante el último mes aproximadamente, ¿qué tan recuentemente ha tenido qu pujar or esforzarse para empezar a orinar?	0	1	2	3	4	5
	0 Veces	1 Vez	2 Veces	3 Veces	4 Veces	5 Veces o mas
NOCTURIA ¿Durante el último mes aproximadamente ¿cuántas veces típicamente se tuvo que levantar para orinar entre la hora que se acostó en la noche y la hora que de levanto en la mañana?	0	1	2	3	4	5

Suma la puntuacion de cada respuesta y anote el total en espacio a la derecha.

SINTOMAS DE ACUERDO A LA PUNTACION OBTENIDA: 1-7 (Leves) 8-19 (Moderados) 20-35 (Severos) TOTAL: _____

CALIDAD DE VIDA:

¿Como se sentirá si tuviera que vivir con su padecimiento urinario tal y como la afecta actualmente, es decir sin que se mejore o se empeore, durante el resto de su vida?

Encantado	Feliz	Muy Satisfecho	Neutral	Muy Insatisfecho	Infeliz	Terrible
0	1	2	3	4	5	6

SPRINGS UROLOGY

1725 N University Dr, Suite 400 • Coral Springs, FL 33071

Office 954.752.3166 • Fax 954.753.5628

www.springsurology.com

DAWN SCARZELLA, M.D.

OMAR ORTIZ-ALVARADO, M.D.

AARON BRAFMAN, M.D.

BLAKE EVANS, M.D.

TARIFA DE CANCELACIÓN / NO PRESENTACIÓN

Entendemos que a veces es posible que necesite reprogramar citas.

Incurrirá en un cargo si cancela dentro de las 48 horas o no se presenta a su visita.

\$25 para visitas al consultorio

\$50 para procedimientos o pruebas de diagnóstico

Gracias por su comprensión.

Firma del paciente

Date

Patient Name