

# Puntuación internacional de síntomas prostáticos (International Prostate Symptom Score, IPSS)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Determine sus síntomas de hiperplasia prostática benigna (HPB)

Marque sus respuestas con un círculo y sume sus puntuaciones en la parte inferior.

Durante el último mes	En ningún momento	Menos de una en cinco veces	Menos de la mitad del tiempo	Cerca de la mitad del tiempo	Más de la mitad del tiempo	Casi siempre
<b>Vaciado incompleto</b> – ¿Con qué frecuencia ha tenido la sensación de que su vejiga no se vaciaba completamente después de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>Frecuencia</b> – ¿Con qué frecuencia ha tenido que orinar nuevamente menos de dos horas después de haber orinado?	0	1	2	3	4	5
<b>Intermitencia</b> – ¿Con qué frecuencia notó que al orinar, paraba y comenzaba nuevamente varias veces?	0	1	2	3	4	5
<b>Urgencia</b> – ¿Con qué frecuencia le ha resultado difícil resistir las ganas de orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>Chorro débil</b> – ¿Con qué frecuencia ha tenido un chorro de orina débil?	0	1	2	3	4	5
<b>Esfuerzo</b> – ¿Con qué frecuencia ha tenido que empujar o hacer fuerza para comenzar a orinar?	0	1	2	3	4	5
<b>Durante la noche</b> – ¿Cuántas veces solía levantarse a orinar desde el momento en que se iba a dormir en la noche hasta el momento en que se levantaba en la mañana?	Nunca 0	Una vez 1	Dos veces 2	Tres veces 3	Cuatro veces 4	Cinco o más veces 5
<b>Sume las puntuaciones de los síntomas:</b>		+	+	+	+	+

**Total de la puntuación internacional de síntomas prostáticos = \_\_\_\_\_**

1 a 7 síntomas leves | 8 a 19 síntomas moderados | 20 a 35 síntomas graves

**Calidad de vida (CdV)** Independientemente de la puntuación, si sus síntomas le molestan, debe notificar a su médico.

	Contento	Complacido	Mayormente conforme	Ambivalente	Mayormente disconforme	Descontento	Terrible
¿Cómo se sentiría si tuviera que vivir el resto de su vida con los síntomas urinarios tal y como los tiene ahora?	0	1	2	3	4	5	6

¿Ha probado medicamentos para aliviar sus síntomas?	Sí	No
---	----	----

¿Estos medicamentos ayudaron a aliviar sus síntomas? (marque con un círculo)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

No obtuvo alivio

Alivio completo

¿Le interesaría conocer una opción mínimamente invasiva que podría permitirle dejar de tomar sus medicamentos para la HPB?	Sí	No
--	----	----

ARIZONA UROLOGICAL SURGEONS LLD  
M. MICHAEL HAYYERI M.D

**POLÍTICA FINANCIERA**

Estimado paciente: Nos gustaría aprovechar esta oportunidad para darle la bienvenida a nuestra práctica para brindarle atención urológica. Agradecemos su confianza y esperamos mantenerlo sano y feliz. Como parte de nuestros servicios, tratamos de contener el costo cada vez mayor de la atención médica. Para hacer esto, hemos implementado esta Política financiera que le pedimos que lea y firme. Si lo desea, puede recibir una copia de esta política para sus registros. El original se mantendrá en su registro médico.

**BENEFICIOS DE SEGURO Y COBERTURA**

Como cortesía para usted, nuestro personal se comunicará con su compañía de seguros para verificar sus beneficios de cobertura con respecto a la atención médica. Haremos todo lo posible para asesorarlo si su plan no cubre tratamientos inciertos. Al hacer esto, debemos confiar en la información que nos brindan los representantes de su compañía de seguros. Documentamos a la persona con la que hablamos y la fecha de la llamada. Sin embargo, no podemos ser responsables si su empresa nos proporciona información falsa, aunque esto es raro. La verificación de cobertura y elegibilidad **NO ES** una garantía de que su compañía de seguros realizará los pagos. Eso lo determina su compañía de seguros en el momento en que se presenta y revisa el reclamo. Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de ese contrato. Si alguna vez tiene alguna pregunta sobre su cobertura, estaremos encantados de ayudarlo a obtener las respuestas. Finalmente, **USTED** es responsable de todos los costos no curados durante el tratamiento, con la expectativa de ajustes y cancelaciones de PPO, HMO o proveedor preferido. Estos ajustes y cancelaciones están determinados por los contratos que tenemos con su compañía de seguros.

**COPAGOS Y DEDUCIBLES**

Si bien aceptamos la asignación de beneficios de seguro según lo determinado por nuestros contactos PPO, HMO y Proveedor Preferido con las diferentes compañías de seguros y grupos médicos, sí requerimos copagos, montos de porciones de pacientes y cualquier deducible anual no pagado que se haga en ese momento de servicio.

**PACIENTES SIN SEGURO**

El pago COMPLETO se debe al momento del servicio. Aceptamos tarjetas, efectivo y cheques.

**BENEFICIOS NO CUBIERTOS**

Sabemos que pueden surgir circunstancias imprevistas o que algunas compañías de seguros, especialmente las HMO, pueden no cubrir algunos servicios médicamente necesarios. En estos casos, un plan de pago puede estar disponible. Estos serán evaluados caso por caso. Si bien intentamos acomodar a todos nuestros pacientes, mantenemos pautas estrictas con respecto a los planes de pago. El incumplimiento del cronograma de pagos dará lugar a la revocación del acuerdo del plan de pagos.

**SALDOS Y DECLARACIONES**

Recibirá un estado de cuenta al final de cada mes. Si vence algún pago, el estado de cuenta tendrá una sección de "Pagar esta cantidad". Este pago vence el 15 de cada mes. Si este pago no se ha recibido en el próximo ciclo de facturación, se agregará a su saldo una tarifa de refacturación de \$ 15.00. Esto se repetirá cada mes. Si tiene dificultades para realizar un pago, DEBE comunicarse con nosotros ANTES de la fecha de vencimiento para evitar estos cargos. Para evitar aumentar nuestros honorarios, debemos controlar nuestros costos y mantener la eficiencia en el aspecto comercial de la práctica. Estamos dedicados a brindarle a usted y a su familia la mejor atención posible disponible. También intentaremos acomodarlo siempre que sea posible. Si tiene alguna pregunta con respecto a esta política financiera o cualquier otro asunto, comuníquese con el gerente de la oficina. Gracias por entender. Esperamos poder atender todas sus necesidades urológicas.

Yo, \_\_\_\_\_, he leído esta política financiera, la entiendo y acepto sus términos.

Firma Del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de firma:     /     /