



Nombre del paciente: _____	Teléfono de la casa: _____
Apodo: _____	Teléfono del trabajo: _____
tutor: _____	teléfono celular: _____
Fecha de nacimiento: _____	Mejor Número: _____
Sexo: _____	Licencia / ID # _____
Contact Email: _____	dirección: _____
Contacto de Emergencia: _____	Ciudad: _____
Teléfono de Emergencia: _____	Estado: _____
Código Postal: _____	MD Atención Primaria: _____
País: _____	Segundo Médico _____
Segunda Dirección: _____	Refiriéndose Médico: _____
Estado Civil: _____	Seguridad Social # _____
Cónyuge (Si apl) _____	¿Cómo se entero _____
Pharmacy: _____	de nosotros? _____

Las opciones de HIPAA: Permitir mensajes de voz? Sí ___ No ___

¿Ha recibido una copia del Aviso HIPAA? Sí ___ No _____

Permitir correo postal? Sí ___ No ___ Permitir e-mail? Sí ___ No ___

Permitir llamadas a celular? Sí ___ No _____

Ocupación: _____	Dirección de Empleador: _____
Empleador: _____	Ciudad / Estado: _____
(Dejar en blanco si no es aplicable)	Código Postal: _____

Idioma: _____	¿Necesitas intérprete: Sí: _____ No: _____
Carrera: _____	_____
Raza: _____	Resident estacional: Sí: _____ No: _____



Proveedor de Seguro Primario: (Incluya una copia de su tarjeta)

Asegurador:	_____	Suscriptor:	_____
Nombre del Plan:	_____	(Si uno mismo - no completan las siguientes líneas)	
Fecha de vigencia:	_____	Relación:	_____
Número de póliza:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Número de grupo:	_____	Seguridad Social #	_____
Co Pago:	_____	Género:	_____
Suscriptor Empleador:	_____	Suscriptor Dirección:	_____
	_____	Ciudad:	_____
Dirección:	_____	Estado:	_____
ciudad:	_____	Código postal:	_____
Estado:	_____	País:	_____
Código Postal:	_____	Suscriptor Tele #	_____
País:	_____		

Proveedor Seguro Secundario: (Incluya una copia de su tarjeta)

Asegurador:	_____	Suscriptor:	_____
Nombre del Plan:	_____	(Si uno mismo - no completan las siguientes líneas)	
Fecha de vigencia:	_____	Relación:	_____
Número de póliza:	_____	Fecha de nacimiento:	_____
Número de grupo:	_____	Seguridad Social #	_____
Co pago:	_____	Género:	_____
Suscriptor	_____	Suscriptor Dirección:	_____
Empleador:	_____	Ciudad:	_____
Dirección:	_____	Estado:	_____
Ciudad:	_____	Código postal:	_____
Estado:	_____	País:	_____
Código postal:	_____	Suscriptor Tele #	_____
País:	_____		



Historia

Cirugias pasadas:

- Derivación de la Arteria Coronaria*
- Angioplasty / Stenting*
- Peripheral Vascular Surgery*

Otro:

Historial Médico:

- Enfermedad de la arteria Coronay*
- Colesterol Alto*
- Hipertensión*
- Diabetes*
- Enfermedad Vasculat Periférica*
- varices*

Otro:

Alergias:

Lista:

Historia Familiar:

- Derivación de la Arteria* *Detalles:*
- Colesterol Alto* *Detalles:*
- Hipertensión* *Detalles:*
- Diabetes* *Detalles:*

Otro:

Medicamentos actuales:

Lista:



HISTORIA DEL PACIENTE (continuación)

Revisión de sistemas:

Por favor marque todas las que apliquen.

Piel:

- Comezón
- Urticaria
- Moretones
- Sangría

Ojos:

- Cambios en la visión o
- Double Vision

Orejas:

- Audífonos
- La pérdida de audición
- Dolor
- Descargar
- zumbido
- Infecciones

Nariz:

- Las hemorragias nasales
- descargar
- Infecciones
- dolor

Boca / garganta:

- Las caries
- Dentadura postiza
- Sangrado de las encías
- Las llagas / lesiones
- Ronquera

Respiratorio:

- Tos
- Sangre
- Dificultad para respirar
- Asthma
- Enfisema
- Tuberculosis
- Neumonía
- Bronquitis

Cardiovascular:

- Dolor en el pecho
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Al Dormir
- Al Caminar
- Piernas Hinchazón
- Calambres
- Varices
- Los Cambios de Color
- Piernas / Pies

Gastrointestinal:

- Vómitos
- Estreñimiento
- Diarrea
- Diarrea
- Sangre en las heces
- Los cambios en las heces
- Dificultad / Dolor
- En la deglución
- Ictericia
- Enfermedades del Hígado
- Enfermedad de la Vesícula Biliar

Genitourinario:

- Frecuencia de la orina
- Dolor
- Sangre en la orina
- Incontinencia

Hematología / linfática:

- Anemia
- De células falciformes
- Hemofilia
- Glándulas inflamadas
- Sudores nocturnos
- Comezón

Neurológico:

- Dolores de Cabeza
- Mareo
- Entumecimiento
- Caer
- Temblores
- Carrera
- Pérdida de la memoria
- Problemas con la marcha

Psiquiátrico:

- Depresión
- Ansiedad
- Bipolar

Endocrino:

- Aumento de la sed
- El aumento de la orina
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frío
- Diabetes
- Sofocos

Immune:

- SIDA
- La hepatitis B
- La hepatitis C

Musculoskeletal:

- Debilidad
- Parálisis
- Rigidez
- Dolor en las articulaciones
- Hinchazón
- Artritis
- Gota

Cuello:

- Bocio
- Dolor
- Problemas de la Ttiroides

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Palm Vein Center

AGREEMENTS & AUTHORIZATIONS

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Por la presente autorizo y consiento el tratamiento que proporciona Palm Vein Center, empleados o personas designadas y autorizo a los servicios médicos, los procedimientos de diagnóstico y la medicación según sea necesario o conveniente por el cuidador (s) que proporciona el tratamiento. Entiendo que hay garantía ha estado loco e cuanto a los resultados de la atención, el tratamiento y / o medicamentos que se le pueda dar a mí.

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Por la presente autorizo Vein Center de Palm para liberar la información requerida en el proceso de solicitud para la cobertura financiera de los servicios prestados. Esta autorización establece que mi médico o el personal de mi médico puede revelar información clínica objetiva relacionada con mi diagnóstico y el tratamiento, que puede ser solicitada por mi compañía de seguros o su agente designado a evaluar mis reclamos o su responsabilidad en tales pólizas o contratos o la coordinación de beneficios de conformidad con esta política o las disposiciones del contrato. La información obtenida será tratada como secreta y confidencial y no será divulgada a ninguna persona sin mi autorización expresa o por escrito. Resultados de la correspondencia y de prueba sólo se dará a conocer a los médicos que participan en mi caso.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS / REFERENCIAS DE SEGUROS / PAGOS GARANTÍA / COLECCIÓN cuota / NSF Cuota

Por la presente autorizo el pago debe hacerse directamente a la palma Vein Center para beneficios del seguro por pagar a mí. Entiendo que soy financieramente responsable de Palm Vein Center por los servicios cubiertos o no cubiertos, según la definición de mi compañía de seguros, que no son pagados por mi aseguradora. Entiendo que soy financieramente responsable del pago en su totalidad si no hay remisión requerida es recibida por esta oficina. Entiendo los pagos vencen cuando se prestan los servicios. Como una cortesía a nuestros pacientes, vamos a presentar una declaración de la facturación detallada de su compañía de seguros con el propósito de pago a nosotros para los servicios de salud prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de una comisión de cobro del 30% del saldo adeudado y honorarios de cualquier abogado razonables y otros costos incurridos para la colección incluyendo, pero no limitado a 1 ½% de interés mensual sobre las cantidades pendientes pendientes de pago 90 días después de la resolución de seguros . Entiendo que soy financieramente responsable de un cheque devuelto por cualquier razón y una cuota de NSF de \$ 35.00. Un cargo de \$ 1 por página y \$ 7 del envío será cargado para la copia de los registros.

POLÍTICA DE PAGO

El paciente (o el adulto / tutor que trae en paciente menor de edad) será responsable de todos los copagos y deducibles. Vein Center Palm no transmita facturas a terceros, independientemente de las decisiones judiciales o sentencias de divorcio.

CITAS PERDIDAS

Entiendo que para que Vein Center Palm para servir mejor a sus pacientes, que piden con al menos 24 horas de antelación si no puedo asistir a una cita. Esto les permite tratar de llenar mi cita programada con otro paciente. Si no recibe este aviso, se me cobrará una cuota cita perdida de \$ 25.00 por las visitas al médico y de \$ 75.00 para los procedimientos. Mi firma abajo significa la aceptación de los términos citas perdidas.

SI MIS CAMBIOS INSURNACE O NO TENGO TARJETA DE SEGURO ACTUAL A LA HORA DE SERVICIO

Si no me presento mi tarjeta de seguro actual para cualquier fecha del servicio, me facturará como paciente auto-pago. Vein Center Palm podría no ser capaz de remontarse desde el momento del servicio para cuando lo haga presentar una tarjeta de seguro en vigor. Se me puede pedir a solicitar el reembolso de mi compañía de seguros (s).

MEDICARE

Certificación del paciente, autorización para divulgar información y solicitud de pago. Certifico que la información dada por mí en la solicitud de pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo a liberar a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o portadores cualquier información que se necesita para esto o un reclamo relacionado con Medicare. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se hagan en mi nombre, directamente al Centro de venas de la palma.

HIPAA NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo reconozco que me ofrecieron y / o recibido notificación HIPAA del médico de prácticas de privacidad. El aviso proporciona información detallada acerca de cómo la práctica puede utilizar y divulgar mi información confidencial. Entiendo que Vein Center de Palm se ha reservado el derecho de cambiar sus prácticas de privacidad descritas en el Aviso. También entiendo que se proporciona o se pone a mi disposición a petición de una copia de cualquier aviso revisado.

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

He leído los Acuerdos y forman autorizaciones. Yo entiendo su contenido, y que he tenido la oportunidad de discutir su contenido con Vein Center de Palm a mi satisfacción. Entiendo que mi firma representa a un acuerdo con el contenido de los formularios y que cualquier declaración no podrá modificar el contenido del formulario. Entiendo que los registros / información publicada no serán revelados aún para ningún otro propósito que el indicado en este Autorización.

Nombre del paciente (PRINT)

Date

Paciente o Representante Autorizado Firma

Relación (si no es el paciente)

Paciente no puede firmar: el consentimiento verbal dada al personal

Razón

FORMULARIO DE EVALUACIÓN VENA



Por favor complete izquierda única forma.

Fecha: _____ Cita Tiempo: _____ Nombre: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F

¿Cómo se enteró de nosotros? _____

1.) Historia Vascular

¿Tiene o ha sido alguna vez diagnosticado con:

- | | | |
|---|---|---|
| Problemas de venas varicosas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Flebitis (vena enrojecimiento / sensibilidad) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Los coágulos de sangre | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| La trombosis venosa profunda (TVP o DVT) | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Reflujo de la vena safena | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |

¿Se siente cualquiera de los siguientes en las piernas?

- | | | |
|--------------------|---|---|
| Dolor | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Pesadez | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Cansancio / Fatiga | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Picazon/Ardor | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Hinchazón | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Calambres | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |

- | | | |
|-------------------------------|---|---|
| Piernas Inquietas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| latidos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Problemas de la piel o úlcera | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |
| Entumecimiento / hormigueo | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> I |

¿Cuál de los siguientes es lo que hace actualmente para mejorar sus síntomas venas de las piernas?

- | | | |
|-------------------------------|---|---------------------|
| Medicamentos para el dolor | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿Qué? _____ |
| La elevación de las piernas | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿Qué? _____ |
| Ha usado medias de compresión | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿les tolera? __S__N |

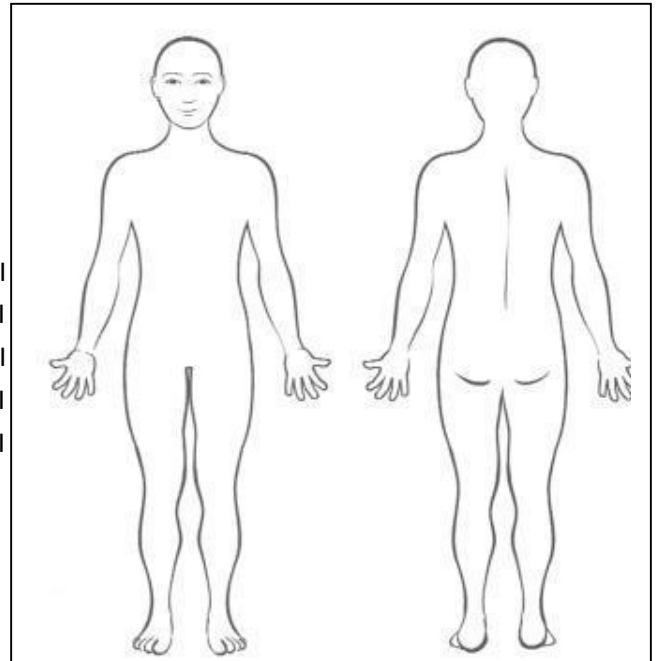
2.) Vena Historia Tratamiento

Haga que su vez ha recibido tratamiento para las venas varicosas con: (Círculo)

- | | | |
|-----------------------|---|-----------------------------|
| Escleroterapia | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: Derecho o Izquierda |
| Flebectomía | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: Derecho o Izquierda |
| La extirpación venosa | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: Derecho o Izquierda |
| Ablación por RF | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: Derecho o Izquierda |
| Laser | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | Pierna: Derecho o Izquierda |

3.) Actividades personales

- | | | |
|--|---|-----------------|
| Permanente prolongada | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| Períodos de estar mucho tiempo sentado | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| ¿Hace ejercicio regularmente? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| ¿Fuma? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| Embarazos | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | ¿Cuántos? _____ |



Physical Exam:

CEAP Clinical Signs:

RIGHT LEG (check all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Signs of venous disease | <input type="checkbox"/> Spider Veins |
| <input type="checkbox"/> Visible Varicose Veins | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Pigmentation | <input type="checkbox"/> Active Ulcers |
| <input type="checkbox"/> Healed ulcers | |

LEFT LEG (check all that apply)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> No Signs of venous disease | <input type="checkbox"/> Spider Veins |
| <input type="checkbox"/> Visible Varicose Veins | <input type="checkbox"/> Edema |
| <input type="checkbox"/> Pigmentation | <input type="checkbox"/> Active Ulcers |
| <input type="checkbox"/> Healed ulcers | |

Clinical Assessment:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chronic venous insufficiency | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |

Treatment Plan:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Duplex ultrasound | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Sclerotherapy | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> EVLA | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Medical compression stockings | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L |

Screening Provider: _____