

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado Ocupación: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Idioma principal: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Fue referido por su médico?  Sí  Sin referencias Nombre de su Médico : \_\_\_\_\_

Si no, ¿cómo se enteró de nosotros?

- Televisión  Radio  Publicación en línea  Facebook  Google
- Periódico  Amigo / familia: \_\_\_\_\_
- Folleto  Otro \_\_\_\_\_

Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

Farmacia de elección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

En caso de emergencia, ¿a quién se debe notificar? \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Otros miembros de la familia que son pacientes: \_\_\_\_\_

**Parte responsable** (Si es diferente del paciente)

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido Nombre Segundo Nombre

Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 Calle Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ SS # \_\_\_\_\_

*Autorizo la divulgación de información médica a mi médico de atención primaria o medico de referencia, a consultores si es necesario y según sea necesario para procesar el seguro reclamaciones, solicitudes de seguro y prescripciones. También autorizo el pago de beneficios médicos al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, pagados o no por el seguro, y de todos los servicios prestados en mi nombre o en el de mis dependientes.*

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable Fecha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**INFORMACIÓN FÍSICA Y DE SALUD**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

Explique el motivo de la visita al médico (varices dolorosas, hinchazón, úlceras, etc.): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Por favor marque todos los que apliquen:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sensación de dolor       | <input type="checkbox"/> Varices / arañas vasculares  |
| <input type="checkbox"/> Pesadez                  | <input type="checkbox"/> Úlcera (una "llaga abierta")   |
| <input type="checkbox"/> Dolor al estar de pie    | <input type="checkbox"/> Comezón  |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón                | <input type="checkbox"/> Piel seca y escamosa sobre venas varicosas.  |
| <input type="checkbox"/> Enrojecimiento           | <input type="checkbox"/> Ardor  |
| <input type="checkbox"/> Tierno / cálido al tacto | <input type="checkbox"/> Piernas inquietas  |
| <input type="checkbox"/> Decoloración de la piel  | <input type="checkbox"/> Calambres en las pantorrillas y /<br>o los pies por la noche. ("Caballo de Charlie") |

¿Cuándo aparecieron sus problemas de vena por primera vez y cuándo notó los síntomas? (días, meses, años)

\_\_\_\_\_

¿Hay algo que empeore sus síntomas? (de pie durante más de 30 minutos, sentado, viajando, etc.)

\_\_\_\_\_

¿Algo ayuda a aliviar sus síntomas? (descansando con las piernas levantadas, medias de compresión, ibuprofeno, etc.)

\_\_\_\_\_

¿Viaja con frecuencia?  Sí  No utiliza edias de compresión?  Sí  No,

Uso de alcohol (cerveza / vino / licor)  Sí  No bebidas por semana: \_\_\_\_\_

Historial de fumar: \_\_\_\_\_ Paquetes por semana \_\_\_\_\_ Años fumados \_\_\_\_\_ y / o años desde que dejó de fumar \_\_\_\_\_

**Mujeres solamente**

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de partos \_\_\_\_\_

Última mamografía \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Hubo alguna anomalía?  Sí  No

El último periodo menstrual \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ ¿Hay alguna posibilidad de que puedas estar embarazada?  Sí  No

Hospitalizaciones y cirugías (cuándo y tipo): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FÍSICA Y DE SALUD (cont.)**

**Historia médica pasada**

Marque si tiene alguno de los siguientes:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Artritis                       | <input type="checkbox"/> Enfisema                         | <input type="checkbox"/> Sangrado / moretones   |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión                   | <input type="checkbox"/> Asma                             | <input type="checkbox"/> Cáncer / tumores       |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón         | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral                 | <input type="checkbox"/> Enfermedad de tiroides |
| <input type="checkbox"/> Ataque al corazón              | <input type="checkbox"/> Diabetes                         | <input type="checkbox"/> Epilepsia              |
| <input type="checkbox"/> Palpitaciones de corazón       | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón             | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental      |
| <input type="checkbox"/> Tuberculosis                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad del hígado / cirrosis |   |
| <input type="checkbox"/> Otros problemas médicos: _____ |   |   |

¿Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre?  Sí  No

¿Alguna vez ha sufrido una lesión por una caída?  Sí  No Si es así, cuando \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha sido tratado por su problema venoso?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿por quién y tipo de tratamiento? (inyecciones, escleroterapia, cirugía, etc.): \_\_\_\_\_

¿Tiene dolor en el pie y / o tobillo?  Sí  No

En caso afirmativo, describa el dolor: \_\_\_\_\_

¿Estás viendo a un podólogo?  Sí  Sin nombre del podólogo: \_\_\_\_\_

Alergias a medicamentos (favor incluya la reacción que tuvo): \_\_\_\_\_

¿Tiene antecedentes familiares de enfermedad venosa? (Padres, abuelos, parientes, etc.)  Sí  No

Medicamentos actuales: incluya productos de venta libre (aspirina, vitaminas, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique su: Altura (pies y pulgadas): \_\_\_\_\_ (Peso y libras.): \_\_\_\_\_

**REVISIÓN DE SISTEMAS**

Nombre \_\_\_\_\_  
 Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_

¿Tiene alguno de los siguientes (marque todos los que correspondan)?

**Constitucional**

- Fiebre
- Resfriado
- Pérdida de peso significativa
- Otro: \_\_\_\_\_

**Ojos**

- Visión borrosa
- Glaucoma
- Cataratas
- Anteojos o Contactos
- Otro: \_\_\_\_\_

**Cardíaco**

- Dolor de pecho
- Palpitaciones
- Ortopnea  
(dificultad para respirar mientras está acostado)
- Hinchazón de extremidades
- Otro: \_\_\_\_\_

**Respiratorio**

- Falta de aire
- Tos
- Sibilancias
- Otro: \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal**

- Dolor abdominal
- Vómitos
- Acidez
- Ictericia
- Otro: \_\_\_\_\_

**Genitourinario**

- Hematuria (sangre en la orina)
- Poliuria (orinar frecuente)
- Incontinencia
- Otro: \_\_\_\_\_

**MUSCULOESQUELÉTICO**

- Dolor de articulaciones
- Rigidez articular
- Dolor muscular
- Dolor de espalda
- Otro: \_\_\_\_\_

**Neurológico**

- Convulsiones
- Dolor de cabeza / migraña
- Pérdida de memoria
- Mareos / desmayos
- Otro: \_\_\_\_\_

**Psicosocial**

- Ansiedad
- Depresión
- Desorden bipolar
- Otro: \_\_\_\_\_

**Piel**

- Sarpullido / Llagas
- Lesiones / heridas abiertas
- Comezón
- Ardor
- Hematomas
- Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Fecha

\_\_\_\_\_  
 Firma del proveedor \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Fecha

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE HIPAA

Entiendo que tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Estos derechos se me otorgan en virtud de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a los Centros Metro Vein a usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento, incluido el tratamiento directo e indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)
- Obtención de pago de terceros pagadores (por ejemplo, mi compañía de seguros)
- Las operaciones de atención médica diarias de los Centros Metro Vein también me han informado y me han dado derecho a revisar y asegurar una copia de la Declaración de privacidad de los Centros Metro Vein, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi PHI y mis derechos bajo HIPAA. Entiendo que Metro Vein Centers se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y que puedo comunicarme con Metro Vein Centers en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que ocurriera antes de la fecha de revocación no se ve afectado.*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable Fecha

### Política de cancelación de citas

*He leído y acepto la Política de cancelación de la práctica que establece que se me puede cobrar una tarifa si no notifico adecuadamente de cancelación de una cita o procedimiento.*

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable Fecha

### Consentimiento de comunicación

Acepto ser contactado por teléfono, texto y/o correo electrónico en relación con los servicios de tratamiento y/o citas.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable Fecha

### Consentimiento Opcional

Yo permito que Metro Vein Centers revele tratamiento, pago, y/o información de salud a los siguientes individuos:

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Nombre Completo \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Firma del paciente o parte responsable Fecha

## POLÍTICA FINANCIERA DEL

Gracias por elegir Metro Vein Centers (en adelante, MVC) como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a proporcionar un servicio excelente y una atención de calidad. Con el fin de reducir la confusión y los malentendidos, hemos adoptado la siguiente política financiera. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta política, por favor discútalas con nuestro Gerente del Departamento de Facturación.

El seguro médico es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. MVC tiene contratos con la mayoría de las compañías de seguros más importantes y locales. Como cortesía, presentaremos sus reclamos de seguro directamente a sus proveedores primarios y secundarios que usted nos ha suministrado.

**Documentación Requerida:** Se requiere una identificación fotográfica válida al momento de la cita. Para poder enviar reclamos a su seguro, su nombre legal en su identificación debe coincidir con lo que su seguro tiene en sus archivos.

**Responsabilidad Financiera:** Los copagos y/o deducibles se deben pagar al momento de recibir el servicio. Usted puede recibir una declaración de nuestras oficinas después de que su compañía de seguros haya procesado su reclamo. Se espera el pago total cuando reciba su estado de cuenta, contacte a nuestro departamento de facturación para discutir posibles arreglos de pago. Si usted tiene un seguro con el que MVC no tiene contrato, le facturaremos a ese plan, aunque usted puede ser responsable de un copago y/o deducible más alto. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de 90 días, nosotros buscaremos su pago.

**Responsabilidad Financiera:** Si lo solicita, el departamento de facturación de MVC revisará los beneficios de su seguro y le proporcionará un cálculo aproximado de cualquier cantidad en dólares que pueda adeudar debido a cualquier deducible, copago y/o coseguros que pueda tener en su póliza. Esto es sólo una estimación. El estimado se calcula para usted, nuestro paciente, como una cortesía basada en los beneficios de su seguro y el plan de tratamiento recomendado por su proveedor. El presupuesto es válido durante la vigencia del contrato con su seguro. Si usted cambia de compañía de seguros, por favor notifique a nuestra oficina para que podamos proporcionarle un nuevo estimado. MVC no se hace responsable de la información incorrecta que usted o su compañía de seguros nos proporcionen. El pago de los beneficios por su compañía de seguros está sujeto a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones al momento de recibir el servicio.

**Falta de Pago:** MVC se pondrá en contacto con usted para tratar de hacer arreglos de pago para los saldos que permanecen sin pagar después de 90 días. Si no se puede hacer una resolución, la cuenta será enviada a una agencia de cobranza. Se requiere que el saldo sea pagado en su totalidad antes de programar cualquier cita adicional.

**Pacientes con Auto-Pago:** Esta categoría incluye pacientes sin seguro y/o procedimientos no cubiertos por el seguro. Se requiere el pago de los servicios médicos antes de que se presten los servicios. Los planes de pago no están disponibles a través de nuestro departamento de facturación.

**Referidos:** Ciertos seguros de salud (HMO, POS, etc.) requieren que usted obtenga un referido de su Médico de Atención Primaria (PCP) antes de visitar a un especialista. Si su compañía de seguros requiere un referido, usted es responsable de obtenerlo. El no obtener el referido puede resultar en un pago menor o nulo por parte de su compañía de seguros. Cualquier saldo restante será su responsabilidad. Arreglos alternativos de pago o reprogramación de su cita pueden ser necesarios si no se obtienen.

## POLÍTICA FINANCIERA DEL

**Autorizaciones Previas/Determinaciones Previas:** La mayoría de las compañías de seguros consideran que el tratamiento de las venas varicosas es un beneficio cubierto siempre y cuando se establezca la necesidad médica. Necesitaremos realizar un ultrasonido de diagnóstico para determinar si usted tiene enfermedad venosa. Si su compañía de seguros requiere aprobación antes de cualquier procedimiento, nuestro departamento de facturación archivará la documentación necesaria para obtener aprobación previa. La autorización previa no constituye el pago total. Todos los servicios están sujetos a cualquier deducible, copago o coaseguro que pueda tener en su póliza individual.

**Copia de los Registros Médicos:** Si desea una copia de sus registros médicos, por favor envíe una solicitud por escrito a nuestro departamento de facturación. Hay un cargo de \$20.00 por una copia de sus registros, el cual se debe pagar antes de la liberación. Sus registros estarán listos para ser enviados por correo a la dirección que tenemos archivada para usted o puede recogerlos (con una identificación fotográfica válida) dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de su solicitud por escrito. Si usted desea que una copia de sus registros médicos sea entregada a otro proveedor, la tarifa no será cobrada.

**Autorización previa / Determinación previa:** Con el fin de proporcionar el mejor servicio posible y la disponibilidad a todos nuestros pacientes, por favor notifíquenos lo antes posible si necesita reprogramar su cita. A menos que se cancele con 24 horas de anticipación, se cobrarán \$50.00 por las citas para visitas al consultorio y \$150.00 por las citas para procedimientos.

---

He leído y entiendo la política financiera de los Centros Metro Vein y estoy de acuerdo en estar sujeto a sus términos. También entiendo y acepto que dichos términos pueden ser modificados de vez en cuando por la práctica.

---

Firma del paciente o parte responsable

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha