

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del Paciente:		Edad:	Sexo: M F	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	
Dirección:		Ciudad:		Estado:	
Código Postal:	Correo Electrónico:				
Tel. de Casa:	Tel. de Trabajo:		Tel. Celular:	Otro:	
Nombre de Empleador:		Oficio / Título:		Tel.:	
Dirección de Empleador:		Ciudad:		Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE (PARA PRÓPOSITOS DE ASEGURANZA)

Nombre:	Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Tel. Celular:
Nombre de Empleador:		Tel.:

MÉDICO DE REFERENCIA (U ORIGEN DE REFERENCIA)

Nombre:	Especialidad:		
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Otra Fuente de Referencia:			

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:	Tel.:
---------	-----------	-------

INFORMACIÓN DE ASEGURANZA

Compañía Aseguradora Principal:
Compañía Aseguradora Secundaria:

¿Tiene permiso el personal de oficina de Dallas Vein Specialists para dejar mensajes detallados al buzón de voz? Casa Trabajo Celular

¿Tiene permiso el personal de oficina de Dallas Vein Specialists para enviarle mensajes de correo electrónico? Si No

Autorización Para Divulgar Información: Por la presente autorizo a Dallas Vein Specialists divulgar cualquier información médica para procesar un reclamo médico. Yo entiendo que soy financieramente responsable por cualquier y todos los cargos que se me otorgan al momento de mi consulta y las tarifas pagadas en los días de procedimientos. Si por alguna razón se hace necesario iniciar un procedimiento de colecciones, entiendo que soy responsable por el costo de todos los tratamientos recibidos, así como cualquier otro, y todos los gastos incurridos por Dallas Vein Specialists. **Estoy de acuerdo en informar a DVS de cualquier cambio en mi póliza de Seguro.**

Firma: _____

Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

Nombre del Paciente:	Estatura:	Peso:
Médico de Atención Principal	Tel.:	
Motivo de Consulta:	Edad:	

SÍNTOMAS ACTUALES EN SUS PIERNAS

Por favor circúle todas las que le apliquen a usted			¿Cuanto tiempo tiene con estos síntomas/hallazgos?
Dolor:	Izqueirda	Derecha	
Hinchazón:	Izqueirda	Derecha	
Calambres:	Izqueirda	Derecha	
Inquietud:	Izqueirda	Derecha	
Cansancio:	Izqueirda	Derecha	
Comezón:	Izqueirda	Derecha	
Otro:	Izqueirda	Derecha	
Decoloración de la Piel:	Izqueirda	Derecha	
Venas Moradas / Rojas:	Izqueirda	Derecha	
Red de Venas:	Izqueirda	Derecha	
Venas Planas Azul / Verde:	Izqueirda	Derecha	
Venas Abultadas:	Izqueirda	Derecha	
Venas Rotas / Sangramiento:	Izqueirda	Derecha	
Venas Abdominales:	Izqueirda	Derecha	

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Por favor indique cualquier metodo que usted haiga usado para aliviar sus síntomas			
Elevación de Pierna(s):		Compresas Frias:	
Ejercicio:		Medicamentos Para el Dolor:	
Flexión / Extensión:		Asprina:	
Caminar:		Tylenol:	
Medias de Compresión (plazo de tiempo): ____ Días / Meses / Años		Ibuprofeína:	
Vendaje:		Otro:	
Baños de Agua Tibia:			

¿ Su visita es para consultar acerca de venas prominentes alrededor de sus ojos? ____Si ____No

Nombre del Paciente:	Edad:
----------------------	-------

¿TIENE USTED ANTECEDENTES DE LOS SIGUIENTES?

Marque los que le apliquen a Usted	¿Cuando fue la Diagnosis?	
Migraña:		
Diabetes (indique tipo):		
Anemia:		
Desorden de Sangramiento:		
Desorden de Coagulación:		
TVP (Trombosis Venosa Profunda):		
Enfermedad del Corazón:		
Hipertensión:		
Tromboflebitis Superficial:		
Úlceras en las Piernas:		
Trauma en las Piernas:		
Hepatitis (indique tipo):		
VIH:		
Otro:		

Usted fuma?	Si	No	Con que frecuencia:
Usted bebe?	Si	No	Con que frecuencia:

HISTORIAL FAMILIAR

Tiene Historial Familiar De:

Marque los que le apliquen	Relación y Tratamiento (si sabe)	
Venas Varices:		
Venas Araña:		
Úlceras Venosas:		
Desorden de Coagulación:		
Desorden de Sangramiento:		
Derrame Cerebral:		

Nombre del Paciente:

Edad:

ANTECEDENTES MÉDICOS

¿ Ha tenido tratamiento de venas anteriormente? Por favor indique cual tratamiento y nombre de médico .

¿ Está usted actualmente bajo tratamiento por alguna enfermedad? Si es así por favor explique.

Por favor indique cualquier operación o procedimiento que usted haiga tenido anteriormente y cuando éstos se produjeron.

¿ Esta usted embarazada o existe posibilidad que esté usted embarazada? Si No

MEDICAMENTOS

Por favor indique todos los medicamentos con la dosis que se le haigan recetado, o medicamentos sin receta que usted tome.

¿ Tiene alguna sensibilidad o es alérgico(a) a algún medicamento o adhesivo? Si es así, anotelos todos:



AUTORIZACIÓN HIPAA

Yo entiendo que estoy otorgando autorización a Dallas Vein Specialists (y/o a su guardián designado de registros/base de datos) para revelar y divulgar mi información protegida de salud. Esta información puede estar relacionada con mis pagos del pasado, presente o futuro para la prestación de asistencia de salud para mí.

Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante notificación por escrito de mi intención de revocar esta autorización. Yo entiendo que tal revocación no tendrá efecto alguno sobre información que ya haiga sido utilizada o revelada por Dallas Vein Specialists antes de recibir notificación por escrito de revocación. Yo entiendo que mi revocación no sera valida si Dallas Vein Specialists ha tomado acción basándose en mi formulario de autorización firmado.

Yo entiendo que puedo recibir o inspeccionar una copia de la información de salud protegida que sera revelada o divulgada conforme a esta autorización.

Al firmar este formulario, yo reconozco que mi firma es voluntaria, y entiendo que no estoy obligado(a) a firmar este formulario a cambio de recibir tratamiento médico.

Una fotocopia o facsímil de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. Si el paciente es menor de edad, está incapacitado o ha fallecido, la firma del tutor o representante se considerará como válida y eficaz.

Firma del Paciente (o Tutor Legal/Representante)

Fecha

Nombre del Paciente (o Tutor Legal/Representante)

Fecha



FORMULARIO DE OPCIONES DE PAGO

A Nuestros Pacientes:

Nuestro objetivo principal es proporcionar excelente atención médica. También queremos darle información completa sobre cobertura de aseguranza y las responsabilidades financieras que usted puede tener. Por favor, lea el resumen sobre aseguranza y reembolso. Por favor, no dude en hacer preguntas si algo no está claro.

Contratos de Atención Médica Administrada

Tenemos contrato con un número de compañías de seguros o redes para brindar atención médica a sus asegurados con un descuento negociado. Si un paciente está asegurado por una de estas empresas o por medio de una de las redes, somos considerados proveedores DE RED, para ese paciente. Nos atenemos a los términos de nuestro contrato con ellos, lo que incluye la recolección de copagos, coseguros y montos deducibles. Por contrato, no podemos renunciar a estos cargos, y los recogemos al momento de rendir servicio para visitas de consulta y por adelantado para cirugías.

Nuestro objetivo es obtener información confiable de la aseguranza/redes y determinar sus beneficios de seguro. De acuerdo con esa información recogemos la porción que le corresponde al paciente de la tarifa. Si la información demuestra ser incorrecta al momento de someter el reclamo a la aseguranza, el paciente puede deber dinero adicional o el paciente podría recibir un reembolso, dependiendo en el reembolso que haga la aseguranza. El paciente recibe una Explicación de Beneficios (EOB) al mismo tiempo que nosotros recibimos pago. La EOB indica la cantidad contratada, el monto de la responsabilidad del paciente, y los descuentos por los cuales la práctica médica no puede facturar a un paciente. Si la EOB esta incorrecto, presentaremos una apelación. De lo contrario, la cantidad adeudada por el paciente es avalada según el contrato. Si, a pesar de nuestros mejores esfuerzos, hemos recolectado una cantidad incorrecta del paciente, o bien se reembolsará rápidamente la cantidad pagada en exceso al paciente, o se le cobrará al pacient la cantidad de fondos incompletos.

Descuentos a Pagos Puntuales

Damos la bienvenida a los pacientes que no están cubiertos por planes de seguro o pagadores con los que contratamos. Algunos pacientes están cubiertos por Medicare; nosotros NO somos proveedores de Medicare y no podemos presentar reclamos a Medicare ni tampoco recibir pago de ellos. Algunos pacientes están cubiertos por planes de seguro o pagadores con quienes NO estamos contratados. Estos pacientes se consideran FUERA-DE-RED. Algunos pacientes no cuentan con seguro de salud. Creemos que nuestro cuadro de tarifas refleja una tarifa usual y habitual para los servicios médicos proporcionados. Sin embargo, ofrecemos un descuento por pagos puntuales al momento de visitas y pruebas diagnósticas. Pagos de cirugía se deben el día de o el día antes de cirugía. Extendemos un descuento por el pago puntual.

Presupuestos Por Escrito

El paciente puede solicitar un presupuesto por escrito de los gastos no cubiertos por la compañía de seguro. Con gusto cumplimos con tal solicitud.

CARE CREDIT

Hay planes de pago disponibles a los pacientes que califican. Ofrecemos Care Credit, una tarjeta de crédito de salud, diseñada específicamente para pagar tratamientos y procedimientos médicos. Care Credit tiene dos características únicas. Cada transacción es elegible a un plan de pago Libre de Interés o un plan de pago de Interés Bajo y el paciente puede usar la tarjeta en todas las prácticas de salud que ofrecen esta opción.

Póliza de Citas

Acomodamos a nuestros pacientes con citas convenientes siempre que sea posible. Si no puede asistir a su cita, el paciente debe dar aviso con 24 horas de anticipo. Si falta a su cita sin aviso de anticipo, un pago razonable será cargado al paciente.

Firma del Paciente O Tutor Legal

Fecha