



**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 anormalidad?  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 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

Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda y complete el mejor número que pueda ser localizado):

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Teléfono de casa: (_____) _____ | <input type="checkbox"/> Teléfono del trabajo: (_____) _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono móvil: (_____) _____   | <input type="checkbox"/> Fax: (_____) _____                  |
| <input type="checkbox"/> Otras solicitudes (_____) _____ |  |

## POLÍTICA FINANCIERA DEL

Gracias por elegirnos como su proveedor de atención médica. Estamos comprometidos a brindar un excelente servicio y atención de calidad. Para reducir la confusión y los malentendidos, hemos adoptado la siguiente política financiera. Si tiene alguna pregunta relacionada con esta política, hable con nuestro Gerente del departamento de facturación.

**Reclamos de seguro:** Es importante que comprenda que el seguro de salud es un acuerdo entre usted y su compañía de seguros. Nuestra práctica tiene contratos con la mayoría de las compañías locales de seguros de salud, incluidos Medicare y BCBSM. Como cortesía, archivaremos sus reclamos de seguro para usted a sus operadores primarios y secundarios. Recaudaremos los copagos cuando esté aquí para su cita. Si tiene un deducible o co-seguro, recibirá una declaración de nuestra oficina de West Bloomfield después de que su compañía de seguros responda a sus reclamos. Se espera el pago cuando reciba nuestro estado de cuenta o le recomendamos que llame a nuestro departamento de facturación para obtener los arreglos de pago. Si tiene cobertura de seguro con un plan con el que no tenemos un contrato, también facturaremos a ese plan, aunque es posible que tenga un copago o deducible más alto del cual será responsable. Si su compañía de seguros no paga la práctica dentro de los 90 días, le buscaremos el pago.

**Referencias:** Es su responsabilidad obtener referencias si su seguro las requiere. Su médico de atención primaria es responsable de enviar la referencia a su compañía de seguros.

**Autorización previa / Determinación previa:** La mayoría de las compañías de seguros cubren el tratamiento de las venas siempre que se establezca la necesidad médica. Tendremos que realizar una ecografía de diagnóstico para determinar si tiene una enfermedad venosa. Si su compañía de seguros requiere aprobación antes de cualquier procedimiento, nuestra oficina hará los trámites necesarios para obtener su aprobación. Si lo solicita, nuestro departamento de facturación verificará los beneficios de su seguro y le proporcionará una estimación de cualquier monto en dólares que pueda deber debido al deducible o coseguro.

**Pacientes con pago propio:** Esperamos el pago al momento del tratamiento para pacientes que no tienen cobertura de seguro. Haremos todo lo posible para darle una estimación de los cargos antes de su visita. Si es necesario un procedimiento quirúrgico, recaudaremos el 50% del costo antes de realizar el procedimiento. Antes del procedimiento, o en la fecha del procedimiento, se le pedirá que garantice el pago del costo restante al proporcionar a los Centros Metro Vein un número de tarjeta de crédito. Si se necesitan arreglos financieros, acuerde esto con nuestro departamento de facturación.

**Copia de registros médicos:** Si desea una copia de sus registros médicos, envíe un escrito solicitud a nuestra oficina de West Bloomfield. Una vez que se recibe la solicitud, sus registros se enviarán por correo a la dirección que tenemos registrada para usted o puede recogerlos en persona (se requiere una identificación válida). Hay una tarifa de \$ 20.00 por una copia completa de sus registros médicos. Esta tarifa debe pagarse al momento de su solicitud. Espere 5 días hábiles a partir de la fecha en que se reciba la solicitud por escrito para que los registros se envíen por correo o estén disponibles para su recogida.

**Cancelaciones:** Para brindar el mejor servicio y disponibilidad posible a todos nuestros pacientes, llámenos tan pronto como sea posible si sabe que necesitará reprogramar su cita. A menos que se cancele con 24 horas de anticipación, se cobrarán \$ 50.00 por las citas perdidas. Para citas de procedimiento de no presentación, se cobrarán \$ 150.00.

*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