



Minimally Invasive. Maximum Results.

Como se enteró de nosotros?

Form with checkboxes for: médico de referencia, anuncio de revista, amigo/familiar\*, anuncio de radio, sitio Web, Otro, anuncio de periódico, programa de noticias, ¿Podemos utilizar esta información..., Búsqueda Web, anuncios televisivos.

I. Información del paciente:

Form for patient information: Apellido, Nombre, Fecha de nacimiento, Sexo, Seguro Social#, Dirección, C.P., Ciudad, Estado, Teléfono#, Trabajo#, Celular#, E-mail\*, Mejor contacto, Estado civil, Idioma, Raza, Grupo Etnico, Empleador, Tipo de empleo.

\*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir actualizaciones, noticias e información general de Hamilton Vein Center. Respetamos su derecho a la privacidad y no compartiremos su información.

II. Información de la parte responsable: (complete solo si es diferente al paciente)

Form for responsible party information: Nombre del garante, Relación con el paciente, Fecha de nacimiento, Sexo, Seguro Social#, Teléfono#, Trabajo#, Celular#.

III. Información de la Aseguración médica:

Form for insurance information: (Primaria) / (Secundaria), Compañía, ID#, Grupo #, Nombre del Garante, Fecha de nacimiento del garante, Seguro Social, Empleador.

IV. Autorización de la Aseguración y divulgación de información:

Autorizo al Instituto Hamilton a dar cualquier información adquirida durante el transcurso de mi examen o tratamiento. Soy consciente que el Instituto Hamilton submitira las cuentas por los servicios medicos a mi nombre, y yo pago directament al Instituto Hamilton por los beneficios medicos. Esta autorización es valida mientras sea paciente del Instituto.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Entiendo que soy responsable por los gastos medicos no pagados por la aseguranza o una tercera parte, y que puedo incurrir en gastos de recolección y de abogados por gastos no pagados a tiempo.

Firma del garante (si es diferente al paciente) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



Minimally Invasive. Maximum Results.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Medico de atencion primaria: \_\_\_\_\_

Medico que lo referencio: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Numero de farmacia: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Historial Vascular

Marque una "x" si usted tiene cualquiera de los siguientes en las piernas:

- Venas de Araña                       Venas Abultadas
- Venas moradas                       Muestra descoloracion de la piel abajo de la rodilla
- Ulceras/ heridas abiertas                       Diagnostico de enfermedad de las venas
- Venas Abdominales                       Otros: \_\_\_\_\_

¿Años con varices/venas de araña? \_\_\_\_\_

¿Años con ulceras/ heridas abiertas? \_\_\_\_\_

Marque una "x" si usted tiene cualquiera de los siguientes:

- Dolor                                       Cambio de color en los tobillos                       Calambres
- Se Inquietan                                       Pesadez                                       Comezon
- Ardor     Sangrando de las venas                       Dolor Pelvico
- Inflamacion                                       Hinchazon                                       Otros \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los factores que **empeoran la molestia** en las piernas:

- Estar de pie por largo tiempo                       Durante su ciclo menstrual
- Estar sentado por largo tiempo                       Sensible al Tacto
- Embarazo     Otros: \_\_\_\_\_
- Hacer Ejercicio    \_\_\_\_\_

Por favor, indique todos los metodos que haya usado para **aliviar su molestia** en la pierna:

- No molestias                                       Compresas calientes
- Medias de compresion                                       Compresas frias
- Ejercicio     Masaje
- Elevacion de pierna                                       Otros: \_\_\_\_\_
- Medicamentos para el dolor                                      \_\_\_\_\_



Minimally Invasive. Maximum Results.

¿Ha usado las medias de compresion? Si  No

- ¿Si es asi, Quien se las receto? \_\_\_\_\_
- ¿Cuando? \_\_\_\_\_ ¿Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento de las venas de sus piernas en le pasado? Si  No

¿Por quien? \_\_\_\_\_ ¿Cuando? \_\_\_\_\_

Si es asi, ¿Que metodo?:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inyecciones Guiadas por ultrasonido                | <input type="checkbox"/> Ligadura de la vena           |
| <input type="checkbox"/> Inyecciones cosmeticas (venas de araña)            | <input type="checkbox"/> Laser para las venas de araña |
| <input type="checkbox"/> Ablacion endovenosa con caterer de laser           | <input type="checkbox"/> Venas removidas con cirugia   |
| <input type="checkbox"/> Flebectomia Ambulatoria                            | <input type="checkbox"/> Desconocido                   |
| <input type="checkbox"/> Ablacion endovenosa con caterer de radiofrecuencia | <input type="checkbox"/> Otros: _____                  |

¿Cual era el resultado?

\_\_\_\_\_

¿Que es lo que le gustaria corregir de sus piernas? \_\_\_\_\_

**Medicamento Actual:**

<b>Alergias a medicamento:</b>	<b>Reaccion:</b>

*Historial Medico*

**Place an "x" if you have any of the following medical illnesses:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> EPOC                                  | <input type="checkbox"/> Coagulacion en las venas profundas de las piernas | <input type="checkbox"/> Coagulo en los pulmones   |
| <input type="checkbox"/> VIH O SIDA                            | <input type="checkbox"/> Depresion   | <input type="checkbox"/> Migraña                   |
| <input type="checkbox"/> Artritis                              | <input type="checkbox"/> Diabetes  | <input type="checkbox"/> Colesterol alto           |
| <input type="checkbox"/> Asma                                  | <input type="checkbox"/> Dialisis  | <input type="checkbox"/> Problemas renales/riñon   |
| <input type="checkbox"/> Abertura en el corazon                | <input type="checkbox"/> Tumores Fibroides                                 | <input type="checkbox"/> Lupus                     |
| <input type="checkbox"/> Transtomo de sangramiento/Coagulacion | <input type="checkbox"/> Ataque del corazon                                | <input type="checkbox"/> Ataque Cerebrovascular    |
| <input type="checkbox"/> Cancer                                | <input type="checkbox"/> Presion Alta                                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                           | <input type="checkbox"/> Aneurisma   | <input type="checkbox"/> Tranfusiones de Sangre    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis C                           |  |  |



Minimally Invasive. Maximum Results.

Por favor indique cualquier cirugia que haya tenido y cuando:


¿Tiene usted historia en su **Familia** de venas varicosas o venas de araña?

\_\_Madre                                      \_\_Padre                                      \_\_Abuelos paternos  
 \_\_Hermanos/Hermanas                      \_\_Hijos/hijas                              \_\_Abuelos maternos

Solo para mujeres

¿Esta embarazada o planea quedar embarazada pronto? Si  No

¿Esta actualmente mamando? Si  No

¿Tiene mas molestias en las piernas durante o alrededor de su ciclo menstrual? Si  No

Numero de hijos \_\_\_\_\_ Numero de abortos involuntarios \_\_\_\_\_

Historia Social

Ocupacion: \_\_\_\_\_

¿Sus actividades diarias requieren periodos prolongados de pie? Si  No

- Si es asi, ¿que actividades requiere de periodos prolongados de pie?

\_\_\_\_\_

¿Utiliza o ha utilizado alguna vez el tabaco? Si  No  Paquetes por semana \_\_\_\_\_

- Cuando paro de fumar, en su caso \_\_\_\_\_

Numero de bebidas alcoholicas por semana \_\_\_\_\_

Ninguna  1-5  6-10  10+

# **Aviso de prácticas de privacidad para obtener información de salud protegida**

Centro de vena de Hamilton

## **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE!**

*Fecha: septiembre de 2011*

La práctica de Centro de Hamilton requiere federal aplicable y las leyes del Estado para mantener la confidencialidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que crear y mantener en la prestación de nuestros servicios a usted. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, resultados de examen y pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También puede incluir documentos de facturación de dichos servicios. Nos estamos permitidos por la ley federal de privacidad, la Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA), uso y divulgación de su PHI a los efectos de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica sin su autorización por escrito.

### **Sus derechos de información de salud**

**La salud y mantenemos registros de facturación son la propiedad física de la Oficina. La información contenida en ellos, sin embargo, te pertenece. Usted tiene derecho a:**

- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a conceder la petición, pero nos conformaremos con cualquier petición que estamos de acuerdo en conceder;
- Obtener una copia impresa de la notificación actual de prácticas de privacidad de información de salud protegida ("el aviso") haciendo una solicitud en nuestra Oficina;
- Solicitud de que se pueda inspeccionar y copiar sus registros de salud y facturación: puede ejercer este derecho al entregar la solicitud a nuestra Oficina;
- Llamamiento a una denegación de acceso a su información de salud protegida, excepto en determinadas circunstancias;
- Solicitar que se modifique su registro sanitario para correcta información incompleta o incorrecta al entregar una solicitud a nuestra oficina. Podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que o bien no fue creado por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), no es parte de la información de salud mantenida por la Oficina, no es parte de la información que se permitiría inspeccionar y copiar, o sea precisa y completa. Si su solicitud es denegada, usted será informado de los motivos de la denegación y tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo a colocarse en su registro;
- Solicitar que la comunicación de información sobre su salud sea por medios alternativos o en una ubicación alternativa al entregar la solicitud por escrito a nuestra Oficina;
- Restringir la información que se va a su plan de salud acerca de un artículo o servicio que usted paga el desembolso de práctica y en su totalidad para el producto o servicio.
- Obtener una contabilidad de accesos de su información de salud que deben mantenerse por la ley. Una contabilidad no incluirá usos y divulgaciones de la información para tratamiento, pago u operaciones; usos o divulgaciones hechas a usted o en su solicitud; usos o divulgaciones efectuadas de conformidad con una autorización firmada por usted; usos o divulgaciones hechas en un directorio de instalación o a familiares o amigos relacionados con la participación de esa persona en su atención o en el pago de dicha atención; o, utilización o revelación para notificar a la familia u otras personas responsables de su cuidado de su ubicación, condición o su muerte.

- Revocar las autorizaciones que previamente realizó a utilizar o revelar información al ofrecer una revocación escrita a nuestra oficina (excepto en la medida en acción ya ha sido tomada en base a una autorización previa).

Si desea ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, póngase en contacto con el centro de vena Hamilton(281) 565-0033 durante horas regulares de trabajo, o por escrito. El oficial de privacidad le informará de los pasos necesarios para ejercer sus derechos bajo la ley HIPAA.

### **Nuestras responsabilidades**

#### **La Oficina es necesaria para:**

- Mantener la confidencialidad de su información de salud como requerido por la ley;
- Proporcionarle un aviso ('aviso') como a nuestras obligaciones y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantener sobre usted;
- Acatar los términos de este aviso;
- Notificará si nosotros no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud; y,
- Acomodar sus solicitudes razonables con respecto a métodos para comunicar información de salud con usted y no divulgar PHI para su plan de salud si usted solicita que no lo hacen y pagar para el desembolso del elemento o servicio y en su totalidad. Debe solicitar este derecho del paciente por escrito.

Nos reservamos el derecho a modificar, cambiar o eliminar disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y promulgar nuevas disposiciones con respecto a la PHI que mantenemos. Si nuestra información prácticas cambio, corrijamos nuestro aviso. Tienen derecho a recibir una copia revisada del aviso llamando y solicitar una copia, visite nuestro sitio Web, o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

### **Para solicitar información o presentar una queja**

Si tiene preguntas, desea información adicional o desea informar de un problema sobre el manejo de la información, puede comunicarse con el oficial de privacidad. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por entregar por escrito al oficial de privacidad de la práctica. También puede presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos, Oficina de derechos civiles (OCR). La dirección de esta Oficina es: OCR - U.S. Departamento de salud y servicios humanos - 200 independencia Avenue S.W. - Sala 509F, HHH Building - Washington, D.C. 20201. Información sobre los pasos para presentar una queja con el OCR también puede encontrarse en:

[www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

- No podemos y no necesita renunciar al derecho de presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento de la Oficina.
- No podemos y no tomar represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos.

**SECCIÓN DE FIRMA PACIENTE:**

**Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad:**

Reconozco que he recibido el adjunto (arriba) aviso de prácticas de privacidad ("el aviso") para la práctica del Instituto Hamilton

Print Name: \_\_\_\_\_

Paciente (o representante de paciente \*) firma: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_

*\* Si el paciente documentación representante legal debe incluirse para mostrar autoridad para firmar o recibir información.*

# Política financiera y divulgación

Los pacientes son responsables por el pago de todos los servicios ofrecidos por centro de vena de Hamilton y sus filiales.

La política financiera y la divulgación es para ayudarnos a proporcionar los servicios de salud más eficientes y razonables. Por lo tanto, es necesario que tengamos una política financiera y divulgación afirmando nuestros requerimientos de pago por servicios prestados a los pacientes.

## Política de los

- Si usted es un paciente pagan, deberá pagar la visita de Oficina antes de que se presten los servicios.
- Consejero financiero está disponible para planes prepago

## Póliza de seguro

- Si usted es un paciente seguro, es nuestra política para solicitar seguro como una cortesía, si contamos con información precisa y completa del seguro.
- Si no se proporciona un servicio que no está cubierto por su compañía de seguros. Usted será el responsable en el momento de servicio.
- Deducibles, copagos y coaseguro se recogerán cuando se presten los servicios.
- En casos especiales, podemos necesitar su ayuda para ponerse en contacto con su compañía de seguros para el pago de sus servicios.

## Política de ultrasonido

- Si necesita un ultrasonido para diagnóstico, será ponerse en contacto con su compañía de seguros y verificar sus beneficios.
- Usted será contactado si su compañía de seguros requiere un co-pago o se aplica a su pago sea deducible cuando se presten los servicios.

Para ayudar en esta política le pedimos ayudarnos por:

1. Nos proporciona información actual y actualizada sobre usted y su compañía de seguros.
2. Presentar una tarjeta de identificación foto actualizada y seguros cuando se realizan cargos.
3. Hacer el pago correspondiente al tiempo de servicio, ya sea un deducible, copago, coaseguro, o por el importe total si usted es un paciente los.

A fin de proporcionar la mejor atención médica, le pedimos que no discutir su saldo de cuenta o aspectos financieros con el Physician(s) o el personal médico. Por favor discutir cualquier información con la salida asociado o recepción.

---

Fecha de firma del responsable

---

Date