

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Escriba en letra de imprenta. Toda la información es confidencial.

Nombre del Paciente: _____ **Masculino** **Femenino**

Fecha de nacimiento _____ **Empleador** _____

Telefono #: _____ **Telefono alternative** _____

Direccion: _____

direccion ciudad estado codigo postal

Correo electronico: _____

Rodear con un círculo el estatus apropiado: Menor Soltero Casado Divorciado Viudo Separado

Nombre del cónyuge/pareja: _____ **Teléfono #:** _____

Podemos contactara su cónyuge/ pareja si no podemos contactarlo: **Si** **No**

Persona de contacto en caso de una emergencia (que no resida con usted):

Nombre	Relacion	Numero del telefono

Farmacia preferida: _____ **Teléfono #:** _____

Médico de atención primaria: _____ **Teléfono #:** _____

Médico que hace la referencia: _____ **Teléfono #:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO

Titular del medico: _____ **Relación con el paciente:** _____

Fecha del nacimiento: _____

Compania de Medico: _____ **ID#:** _____ **Grupo#:** _____

Dirección de la compania de medico: _____

direccion ciudad estado codigo postal

CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO

Por medio del presente documento, autorizo y doy instrucciones a los médicos de Heart and Vascular Wellness Center para que me examinen y apliquen el tratamiento que a su juicio sea necesario. Reconozco que el examen puede incluir contacto físico del médico y de sus asistentes.

Firma del paciente

Fecha

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____



Historia Médica Presente

General

- Anemia
- Cambio en el apetito
- Escalofríos
- Fatiga
- Sudoración nocturna
- Ganancia de peso
- Pérdida de Peso

Otorrino

- Problemas de visión
- Problemas en los dientes/encías
- Disminución de la audición

Endocrino

- Intolerancia al frío/calor
- Diabetes
- Orinar con frecuencia
- Problemas de tiroides
- Debilidad
- Pérdida de peso

Respiratorio

- Toser sangre
- Dejar de respirar mientras duerme
- Tos
- Dificultad para respirar con/Reposo
- Dificultad para respirar con/esfuerzo
- sibilancia

Senos

- Bulto en el seno
- Dolor en el seno
- Dolor muscular en el pecho

Cardiovascular

- Dolor o presión en pecho
- Ritmo cardíaco acelerado/irregular
- Desmayos/Cuasi desmayos
- Molestia en pantorrilla con/caminata
- Venas Varicosas
- Inflamación de la pierna
- Disnea o con esfuerzo
- Palpitaciones
- Dificultad para respirar
- Inflamación de manos/pies
- Presion sanguinea alta

Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Acidez
- nauseas
- Sangrado rectal
- Vomitos

Genitourinario

- Sangre en orina
- Dificultad para orinar
- Orinar con frecuencia
- Orinar con dolor

Musculoesqueletico

- Problemas en la espalda
- Antecedentes de gota

- Rigidez en articulaciones
- Dolor muscular
- Dolor en articulaciones

Vascular Periferico

- Ausencia de pulso en manos
- Ausencia de pulso en pies
- Coágulos sanguíneos en piernas
- Extremidades frías
- Disminución de la sensación en las extremidades

Piel

- Crecimiento/cambio nuevo en un lunar
- comezon
- Sarpullido
- Supuración en la piel

Neurologico

- Adormecimiento en un costado
- Adormecimiento/ ardor en los pies
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Pérdida de la memoria
- Apoplejia
- Convulsiones

Psiquiatrico

- Ansiedad
- Estado depresivo
- Abuso de sustancias
- Pensamientos suicidas

Pacientes Mujeres

Último periodo menstrual: _____ Número de embarazos: _____

Partos: _____ Abortos espontaneos: _____ Menopausia (edad): _____

- N/A
- Embarazada actualmente
- Planeando un embarazo

Cirugías / Procedimientos / Hospitalizaciones Previos

En caso afirmativo, por favor, liste las cirugías / procedimientos realizados y las fechas aproximadas:

Ninguno

- 1) _____ date: _____
- 2) _____ date: _____
- 3) _____ date: _____
- 4) _____ date: _____

Tuvo usted complicaciones producto de las cirugías o procedimientos? S / N (En caso afirmativo, por favor explique)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Medicamentos

Por favor, liste todos los medicamento y concentraciones que está tomando en este momento

Ninguno

- 1) Name: _____ Strength: _____ How often: _____
- 2) Name: _____ Strength: _____ How often: _____
- 3) Name: _____ Strength: _____ How often: _____
- 4) Name: _____ Strength: _____ How often: _____
- 5) Name: _____ Strength: _____ How often: _____
- 6) Name: _____ Strength: _____ How often: _____

Alergias

Por favor, liste todas las alergias y reacciones Ninguno

Alergias:

Reaccion:

- | | |
|----------|-------|
| 1) _____ | _____ |
| 2) _____ | _____ |
| 3) _____ | _____ |
| 4) _____ | _____ |
| 5) _____ | _____ |
| 6) _____ | _____ |

Historia Médica Pasada

Marque todas las que aplican

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertension | <input type="checkbox"/> Convulsiones / Crisis | <input type="checkbox"/> Quimioterapia |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trastorno autoinmune | <input type="checkbox"/> Vesícula biliar |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco | <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Pancreatitis |
| <input type="checkbox"/> Paro cardíaco | <input type="checkbox"/> Terapia con radiación | <input type="checkbox"/> Hepatitis / Enfermedades del hígado |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Otras enfermedades graves: _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad del riñón |
| <input type="checkbox"/> Fibrilacion auricular | _____ | <input type="checkbox"/> Piedras en el riñón |
| <input type="checkbox"/> Fiebre reumática | <input type="checkbox"/> Cancer: _____ | <input type="checkbox"/> Osteoporosis |
| <input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta | _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la tiroides |
| <input type="checkbox"/> Coagulos sanguineos | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Coágulos sanguíneos en los pulmones | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Apoplejia | _____ | |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de crohn | | |
| <input type="checkbox"/> Problema de ojo diabético | | |
| <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre | | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | |

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Procedimientos / Antecedentes Cardiovasculares

Por favor, indique si usted ha tenido cualquiera de los siguientes eventos o procedimientos

Procedimiento	Fechas	Hospital / Institución
Paro cardiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Cateterismo del corazón / Angiografía Coronario / stents (mallas) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Ecocardiograma <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Prueba de esfuerzo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Cardioversion eléctrica <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Estudio electrofisiológico/ Ablación Del ritmo anormal del corazón <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Angiograma / Angioplastia de la extremidades <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Ablacion venosa <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Extirpación de vena <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Cirugía cardiaca / CABG/ derivación <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Cirugía de válvula / Reemplazo De valvula <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Holter / Monitoreo cardiaco <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	_____
Recorder/Implantation Heart Monitor <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	_____	_____

- 1) ¿Dolor en las piernas y/ o en los pies que perturba el sueño ? Si No
- 2) ¿Ha experimentado cansancio, pesadez, o calambres en los músculos de las piernas? Si No
- 3) Los dedos de los pies o los pies lucen pálidos, decolorados o azulado? Si No
- 4) Úlceras o heridas en los dedos de los pies, los pies, o las piernas que sanan lentamente o que no sanan? Si No
- 5) Una pierna o un pie se siente más frío que el otro? Si No
- 6) Crecimiento deficiente de las uñas y disminución en el crecimiento del cabello con el tiempo en los dedos de los pies y las piernas? Si No

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Antecedentes Sociales

- Uso de tabaco:** Actualmente todos los días
- Actualmente algunos días
- Exfumador If so, how often: _____
- Nunca If so, how often: _____
- Dejar de fumar If so, when: _____

- Uso de alcohol:** Actualmente todas los días
- Actualmente algunos días
- Socialment If so, how often: _____
- Nunca If so, how often: _____
- Dejar de tomar If so, when: _____

Uso de drogas: En caso afirmativo, qué tipo y con cual frecuencia: _____

Usted vive: Solo Cónyuge Hijos Padre(s) Otro _____

Antecedentes Medicos Familiares

Familiar	Edad (si falleció, a que edad)	Condiciones Médicas
Madre		
Padre		

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

ACUSE DE RECIBO DE LA
“NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD”

YO _____ **reconozco** que recibí una copia de la Notificación de prácticas de privacidad de Heart and vascular Wellness Venter. Esta notificación describe cómo Heart and Vascular Wellness Center puede usar y revelar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y revelación de mi información de atención médica, y los derechos que yo puedo tener en relación con mi información de salud protegida.

Entiendo y acepto por completo los términos de este consentimiento.

Firma del Paciente / Representante

Fecha

Relación del Paciente

HIPAA: Relaciones personales distintas del médico. Decido permitir que las siguientes personas tengan acceso a mis registros médicos y a cualquier información relacionada con mi condición y tratamiento.

Nombre

Nombre

Relación del Paciente

Relación del Paciente

Telefono #

Telefono

Firma del Paciente

Fecha

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Autorización para Entregar la Información de Salud Protegida

Nombre del paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Telefono: _____

Por medio del presente documento, autorizo a:

**Heart and Vascular Wellness Center
40770 California Oaks Rs. Suite A
Murrieta, CA 92562
P: (951) 696-0004 F: 951-696-0007**

Para obtener mi información de or Entregar mi información a

Nombre de la institución: _____

fax: _____

Telefono: _____

Dates of Treatment: _____

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ER Records | <input type="checkbox"/> OP Reports | <input type="checkbox"/> Office/Clinic Visit |
| <input type="checkbox"/> Discharge Summary | <input type="checkbox"/> Radiology Reports | <input type="checkbox"/> H&P, Consults, Progress Notes |
| <input type="checkbox"/> Pathology Reports | <input type="checkbox"/> Lab Reports | <input type="checkbox"/> Cardiology/Cardiovascular records |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |

The above information is released for the following purpose and that purpose only:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Continuation of Care | <input type="checkbox"/> Legal Purposes | <input type="checkbox"/> Insurance Purposes |
| <input type="checkbox"/> Personal Reasons | <input type="checkbox"/> Employer Requirement | <input type="checkbox"/> Other: _____ |

Nombre del Paciente **Firme del Paciente**

Fecha

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de nacimiento:** _____



RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Heart and Vascular Wellness Center asumió el compromiso de proporcionar el nivel más alto de atención médica profesional y servicio personal. Para cada compromiso, existe la obligación de brindar atención y servicio de calidad. A cambio, existe la responsabilidad del paciente / tutor de cumplir con su obligación financiera. Por cuanto nuestra clínica acepta muchos planes de seguro diferentes, es imposible para nosotros conocer todos los beneficios cubiertos, copagos, y deducibles de cada plan. Si bien intentamos prestarle asistencia, sigue siendo su representación pagada por completo. Por favor, coloque sus iniciales en las declaraciones abajo para confirmar que entiende nuestras políticas. Si tiene alguna pregunta, no dude en consultar.

No firmar este acuerdo tendrá por resultado que no podamos atenderlo en su cita.

1. Seguro: Nosotros participamos en la mayoría de los planes de seguro, incluyendo, Medicare, Medical, PPO y HMO. Si usted no está asegurado por un plan con el cual tengamos relaciones comerciales, esperamos el pago por completo en cada visita. Si usted está asegurado por un plan con el cual tenemos relaciones comerciales, pero no tiene tarjeta de seguro actualizada, se requiere el pago por completo en cada visita hasta que podamos verificar su cobertura. Conocer los beneficios de su seguro es su responsabilidad, por favor, contacte a su compañía de seguro con cualquier pregunta que pueda tener en relación con su cobertura.

2. Copagos y Deducibles: Todos los copagos y deducibles deben pagarse al momento del servicio. Este arreglo es parte de su contrato con su compañía de seguro. El incumplimiento de nuestra parte por no cobrar los copagos y deducibles de los pacientes puede ser considerado un fraude. Por favor, ayúdenos a cumplir la ley realizando el pago de sus copagos en cada visita. Consulte las explicaciones abajo sobre la cobertura que usted puede tener con su seguro.

a. Copago: Un pago que es requerido al momento del servicio como un mecanismo mediante el cual usted comparte el costo de esa visita con su seguro.

b. Coaseguro: Un pago que comparte una parte del costo general de su atención con su seguro. Esto usualmente se determina después de que los cargos han sido procesados por la compañía de seguro y se ha emitido una eob (Explicación de Beneficios). Los seguros han establecido una proporción, por ejemplo, 70/30, donde el seguro paga 70% del importe permitido, y usted es responsable del 30%.

Deducibles: Estos son los importes que usted paga antes de que su seguro realice un pago. Por ejemplo, un deducible de \$500 significa que usted es responsable del pago de \$500 de los cargos antes de que el seguro comience a pagar. Después de que se "cumple" con el deducible, entonces su seguro comenzará a cubrir su porción de los cargos permitidos. El deducible puede ser individual o por familia. Los deducibles usualmente se restablecen cada año.

3. Servicio no cubiertos: Por favor, tenga presente que algunos de los servicios que usted recibe pudieran no estar cubiertos o no ser considerados como razonables o necesarios por medicare u otras aseguradoras. Se requiere que usted pague estos servicios por completo al momento de la visita. Se requiere que los pacientes particulares paguen estos servicios al momento de la visita.

4. Evidencia de seguro: Todas los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de una ID válida y del seguro válido para verla como evidencia del seguro. Si no nos entrega la información del seguro correctamente con prontitud, puede ser responsable del saldo del reclamo.

5. Consignación del los reclamos: Nosotros consignamos sus reclamos y le ayudaremos de la manera que razonablemente podamos para obtener el pago de sus reclamos. Su compañía de seguros puede necesitar que usted entregue cierta información directamente. Es su responsabilidad cumplir con sus solicitudes. Por favor, tenga presente que el saldo de su reclamo es su responsabilidad sin importar si su compañía de seguros paga o no su reclamo. Su beneficio de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguro, nosotros no somos parte de ese contrato.

6. Cambios de cobertura: Si su seguro cambia, es su responsabilidad notificarnos antes de su próxima visita para que podamos hacer los cambios apropiados para ayudarlo a recibir sus beneficios máximos. Si no hemos podido verificar o no hemos recibido la autorización para su visita, tendremos que reprogramar su consulta. Si su compañía de seguro no paga su reclamo, el saldo le será factura automáticamente a usted.

7. Falta de pago: Si su cuenta tiene más de 90 días de vencida, recibirá una carta indicando que usted tiene 20 días para pagar su cuenta por completo. No se aceptarán pagos parciales salvo que se discuta lo contrario con el gerente de la oficina. Por favor, tenga presente que si el saldo permanece sin pago, podemos referir su cuenta a una agencia de cobranza y puede ser dado de alta de este consultorio. Si esto ocurre, recibirá la notificación por correo regular y certificado de que usted tiene 30 días para encontrar una atención médica alternativa. Durante esos 30 días, nuestro médico solamente podrá tratarlo en caso de una emergencia.

8. Faltar a las citas: Tenemos una política de cancelación con 24 horas de anticipación. Enviamos múltiples recordatorios de su cita programada. Si usted no puede asistir a su cita programada, Por favor, llame al consultar, Nuestra política es cobrar una tarifa de \$35 por faltar a la cita / no presentarse a la cita. Estos cargos serán su responsabilidad. Por favor, ayúdenos a prestar un mejor servicio asistiendo a sus citas programadas regularmente.

**YO ACEPTO LA RESPONSABILIDAD FINANCIERA POR COMPLETO POR TODOS
LOS SERVICIOS BRINDADOS POR HEART AND VASCULAR WELLNESS CENTER.**

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE _____

FECHA _____

SE NIEGA A FIRMAR

Nombre del Paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____