



**FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE**

[Por favor imprima o escriba de manera legible]

APELLIDO: \_\_\_\_\_ NOMBRE: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

GÉNERO:  MASCULINO  FEMENINO FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ SEGURIDAD SOCIAL: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE ENVÍO: \_\_\_\_\_ APT.# \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

POR FAVOR VERIFIQUE SU NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL DE PREFERENCIA:

CASA: \_\_\_\_\_  TRABAJO: \_\_\_\_\_  MÓVIL: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_ IDIOMA DE PREFERENCIA \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ RAZA/ETNICIDAD \_\_\_\_\_

CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_

NUMERO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_

DOCTOR PRINCIPAL: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

MÉDICO REFERENTE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

¿VISITAS A OTROS ESPECIALISTAS? SI ES ASÍ, POR FAVOR INDIQUE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO:

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL EMPLEADO: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

Se deben presentar las tarjetas de seguro o comprobante de seguro al momento del servicio.

SEGURO PRIMARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

SEGURO SECUNDARIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE PÓLIZA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL ASEGURADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO DEL ASEGURADO: \_\_\_\_\_



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

Consentimiento general para atención y tratamiento.

AL PACIENTE: Usted tiene derecho como Paciente a que se le recomiende un procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico para que pueda tomar la decisión de someterse a cualquier tratamiento o procedimiento sugerido después de conocer los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y/o procedimiento apropiado o cualquier condición identificada. El consentimiento mantendrá plenamente sus efectos hasta que sea revocado por escrito.

Este consentimiento nos proporciona su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, usted indica que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en su naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento y (2) usted acepta el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite de propiedad común. Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con un médico sobre el propósito, el riesgo potencial y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica, le recomendamos que haga preguntas. Tiene derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios. Solicito voluntariamente al Dr. Greg Messner y a otro proveedor de atención médica o personas designadas, según se considere necesario, que realicen exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios para la afección que me ha llevado a buscar atención en Messner Vascular Institute. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, procedimientos invasivos o intervencionistas, se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de las pruebas o procedimientos.

Reconozco que he leído y entiendo completamente las declaraciones anteriores y consiento total y voluntariamente a su contenido.

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE HIPAA DEL PACIENTE

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**Aviso de prácticas de privacidad**

Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica, que describe las formas en que la práctica puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, operaciones de pago de atención médica y otros usos y divulgaciones descritos y permitidos. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor y/o los socios comerciales del proveedor. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para los fines descritos en el Aviso de prácticas de privacidad.

**Liberación de información**

Por la presente permito que la práctica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención de pacientes impacientes o ambulatorios divulguen información de atención médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

- La información de atención médica relacionada con admisiones anteriores en otros centros afiliados a MVI puede ponerse a disposición de centros afiliados posteriores a MVI para coordinar la atención al paciente con fines de gestión de casos. La información de atención médica puede divulgarse a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar la cobertura o preguntas de pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información de atención médica también puede divulgarse a la persona designada por el empleador cuando los servicios brindados están relacionados con un reclamo bajo la compensación laboral.
- Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información de atención médica a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios para el pago de un reclamo de Medicare o a la agencia estatal correspondiente para el pago de un reclamo de Medicaid. Esta información puede incluir, entre otros, antecedentes y registros de emergencias físicas, informes de laboratorio, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta.
- Las leyes federales y estatales pueden permitir que este centro participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y entidades para compartir mi información de salud entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, entre otros: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros médicos; disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información; agregar y comparar mi información con fines de mejora de la calidad y otros fines que la ley permita. Entiendo que este centro puede ser miembro de una o más organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre condiciones psicológicas, condiciones psiquiátricas, condiciones de discapacidad intelectual, información genética, condiciones de dependencia química y/o enfermedades infecciosas, incluidas, entre otras, limitado a enfermedades transmitidas por la sangre como el VIH y el SIDA.

### **Asignación y Autorización de Beneficios para Pacientes con Seguro**

Escucho que asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que tengo derecho, incluido el seguro privado de Medicare y otros planes, al Messner Vascular Institute. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos, copagos, coseguros y deducibles. En la medida necesaria para determinar la responsabilidad de los pagos y obtener el reembolso, autorizo la divulgación de partes de los registros médicos del paciente. Autorizo las reclamaciones de seguro presentadas y los beneficios asignados.

### **Reconocimiento Financiero para Pacientes con Pago Privado o Pacientes sin Seguro**

Se espera que los pacientes que no tienen cobertura de seguro paguen los cargos en su totalidad en el momento de la prestación de los servicios. Acepto que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos en el momento del servicio.

Nuestro formulario de reconocimiento de HIPAA proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información de salud protegida sobre usted. Tiene derecho a revisar nuestro formulario antes de firmar este consentimiento. Como se describe en nuestro formulario, los términos de nuestro plazo pueden cambiar. Si nuestro formulario cambia o modifica, puede obtener una copia revisada solicitándola a la recepcionista. Tiene derecho a solicitar que restrinjamos cómo se utiliza o divulga su información médica protegida para tratamientos, pagos u opciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, estamos obligados a cumplir nuestro acuerdo.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO EN IMPRENTA: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FIRMA INDIVIDUAL LEGALMENTE AUTORIZADA:

\_\_\_\_\_

FIRMA DE TESTIGO: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_



¿Quiere designar a un miembro de la familia u otra persona con quien el proveedor pueda hablar sobre su condición médica? En caso afirmativo, indique a quién le gustaría incluir a continuación.

Doy permiso para que mi información médica protegida se divulgue con el fin de comunicar resultados y decisiones de atención al miembro de la familia y a otras personas a continuación:

NOMBRE	RELACIÓN	NÚMERO DE CONTACTO

El paciente puede revocar o modificar esta autorización específica y esa revocación o modificación.

### **Consentimiento para comunicar información de salud del paciente por correo de voz**

\_\_\_\_\_(Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para que Messner Vascular Institute deje un correo de voz con mi información de salud, si corresponde.

\_\_\_\_\_(Iniciales del paciente) NO doy mi consentimiento a Messner Vascular Institute para que deje un mensaje de voz con mi información de salud, si corresponde.

### **Consentimiento para fotografiar u otras grabaciones para operaciones de seguridad o atención médica**

\_\_\_\_\_(Iniciales del paciente) Doy mi consentimiento para que se graben fotografías, cintas de video, grabaciones digitales o de audio y/o imágenes mías con fines de seguridad y/o para fines de operaciones de atención médica del consultorio (por ejemplo, actividades de mejora de la calidad). Entiendo que la instalación conserva los derechos de propiedad de las imágenes y/o grabaciones. Se me permitirá solicitar acceso o copias de las imágenes y/o grabaciones cuando sea tecnológicamente posible, a menos que la ley lo prohíba. Entiendo que estas imágenes y/o grabaciones se almacenarán y protegerán de forma segura. Las imágenes y/o grabaciones en las que me identifiqué no se divulgarán ni utilizarán sin una autorización específica por escrito de mi representante legal, a menos que sea para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica o de otro modo permitido o requerido por la ley.

\_\_\_\_\_(Iniciales del paciente) NO doy mi consentimiento para que se graben fotografías, cintas de video, grabaciones digitales o de audio y/o imágenes mías con fines de seguridad y/o para fines de operaciones de atención médica del consultorio

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE EN IMPRENTA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_





**ANTECEDENTES MÉDICOS ANTERIORES - MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ANEURISMA AORTICO          | <input type="checkbox"/> INSUFICIENCIA CARDIACA             | <input type="checkbox"/> ETAPA DE LA ENFERMEDAD RENAL             |
| <input type="checkbox"/> ALZHEIMER/DEMENCIA         | <input type="checkbox"/> TRASTORNO DE COAGULACIÓN /SANGRADO | <input type="checkbox"/> ATAQUE AL CORAZÓN CUANDO: _____          |
| <input type="checkbox"/> ANEMIA                     | <input type="checkbox"/> ARTERIOPATÍA CORONARIA             | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFÉRICA           |
| <input type="checkbox"/> ANGINA                     | <input type="checkbox"/> DIABETES                           | <input type="checkbox"/> CIRROSIS/HEPATITIS TIPO: _____           |
| <input type="checkbox"/> ARRITMIA [es: Afib]        | <input type="checkbox"/> SOPLO CARDÍACO                     | <input type="checkbox"/> COÁGULOS DE SANGRE EN LAS VENAS/PULMONES |
| <input type="checkbox"/> ASMA                       | <input type="checkbox"/> HIPERTENSIÓN                       | <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD DE TIROIDES                   |
| <input type="checkbox"/> CARDIOMIOPATÍA             | <input type="checkbox"/> DEPRESIÓN                          | <input type="checkbox"/> EPILEPSIA/CONVULSIONES                   |
| <input type="checkbox"/> ATAQUES DE ANSIEDAD/PÁNICO | <input type="checkbox"/> VÁRICES/VENAS DE ARAÑA             | <input type="checkbox"/> FLEBITIS/HINCHACIÓN/CELULITIS            |
| <input type="checkbox"/> ARTRITIS                   | <input type="checkbox"/> BRONQUITIS/NEUMONÍA                | <input type="checkbox"/> FIEBRE REUMÁTICA                         |
| <input type="checkbox"/> ACV/AIT                    | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA                           | <input type="checkbox"/> REFLUJO ÁCIDO/ÚLCERAS DE ESTÓMAGO        |
| <input type="checkbox"/> EPOC/ENFISEMA              | <input type="checkbox"/> MENOPAUSIA                         | <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS                             |
| <input type="checkbox"/> APNEA DEL SUEÑO            | <input type="checkbox"/> OTRO _____                         |   |

**HISTORIAL QUIRÚRGICO - MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> APENDECTOMÍA                | <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE FRACTURAS             | <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE RODILLA          |
| <input type="checkbox"/> SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO | <input type="checkbox"/> VESÍCULA BILIAR                     | <input type="checkbox"/> TRANSFUSIÓN DE SANGRE         |
| <input type="checkbox"/> CATARATA/GLAUCOMA           | <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE CADERA                 | <input type="checkbox"/> AMIGDALAS/ADENOIDES           |
| <input type="checkbox"/> SECCIÓN C                   | <input type="checkbox"/> HISTERECTOMÍA/LIGACIÓN DE TUBÁRICAS | <input type="checkbox"/> NUCA                          |
| <input type="checkbox"/> CABG                        | <input type="checkbox"/> MARCAPASOS/AICD                     | <input type="checkbox"/> REEMPLAZO DE VÁLVULA CARDÍACA |
| <input type="checkbox"/> STENT CARDIACO / VASCULAR   | <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE LA ARTERIA CARÓTIDA   | <input type="checkbox"/> BYPASS GÁSTRICO               |
| <input type="checkbox"/> FILTRO VCI                  | <input type="checkbox"/> REPARACIÓN DE HERNIA                | <input type="checkbox"/> OTRO _____                    |

HOSPITALIZACIONES ANTERIORES: \_\_\_\_\_



INFORMACIÓN DE SALUD CONFIDENCIAL

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE SU VISITA: \_\_\_\_\_

DESCRIBA SUS SÍNTOMAS: \_\_\_\_\_

CUANDO EMPEZARON: \_\_\_\_\_

¿CUÁNTO DURA? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES (MARQUE SI ES SÍ)**

PADRE:	_____¿VIVIENDO?	_____¿CARDIOPATÍA?	_____¿ATAQUE?	_____¿OTRO?
MADRE:	_____¿VIVIENDO?	_____¿CARDIOPATÍA?	_____¿ATAQUE?	_____¿OTRO?
ABUELO:	_____¿VIVIENDO?	_____¿CARDIOPATÍA?	_____¿ATAQUE?	_____¿OTRO?
ABUELA:	_____¿VIVIENDO?	_____¿CARDIOPATÍA?	_____¿ATAQUE?	_____¿OTRO?
HERMANO HERMANA:	_____¿VIVIENDO?	_____¿CARDIOPATÍA?	_____¿ATAQUE?	_____¿OTRO?

**HISTORIAL SOCIAL**

USO DE TABACO: \_\_\_\_\_NUNCA \_\_\_\_\_ABANDONAR FECHA: \_\_\_\_\_

FUMA: \_\_\_\_\_PIPA \_\_\_\_\_CIGARRO \_\_\_\_\_CIGARRILLO \_\_\_\_\_MASCAR TABACO \_\_\_\_\_CIGARRILLO ELECTRÓNICO

SI ES FUMADOR, CUÁNTOS PAQUETES/DÍA: \_\_\_\_\_

¿BEBES ALCOHOL?	_____SI	_____ANTES	_____NUNCA
TIPO	_____CERVEZA	_____VINO	_____LICOR

¿CON QUÉ FRECUENCIA? (BEBIDAS/DÍA) \_\_\_\_\_

**ALERGIAS**

¿ERES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

EN CASO SÍ, POR FAVOR INDIQUE: \_\_\_\_\_

¿HA TENIDO UNA REACCIÓN AL TINTE DE CONTRASTE DE RAYOS X? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

¿ERES ALÉRGICO AL YODO O AL MARISCO? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO

¿ERES ALÉRGICO AL LÁTEX? \_\_\_\_\_SI \_\_\_\_\_NO







**ESCALA FUNCIONAL DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES (LEFS)**

**Los síntomas comunes en las piernas relacionados con la insuficiencia venosa crónica (IVC) son:**

*dolor en las piernas, pesadez, fatiga, picazón/ardor, tobillos hinchados, calambres en las piernas, piernas inquietas, palpitaciones*

*Por favor circule el número que mejor describa su habilidad actual*

	DIFICULTAD EXTREMA O IMPOSIBILIDAD PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD	MUCHA DIFICULTAD	DIFICULTAD MODERADA	UN POCO DE DIFICULTAD	SIN DIFICULTAD
1. Capacidad para permanecer de pie o sentado durante largos períodos de tiempo en el trabajo o en casa.	4	3	2	1	0
2. Capacidad para caminar distancias moderadas debido a síntomas en las piernas.	4	3	2	1	0
3. Capacidad para conducir más de 1 hora debido a síntomas en las piernas.	4	3	2	1	0
4. Capacidad para realizar funciones laborales.	4	3	2	1	0
Especifique con sus propias palabras:					
5. Capacidad para realizar funciones domésticas.	4	3	2	1	0
Especifique con sus propias palabras:					
6. Capacidad para dormir de forma ininterrumpida o dificultad para conciliar el sueño debido a síntomas en las piernas.	4	3	2	1	0