



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

POLITICA

Política de Pago

Pago de Aseguranza y/o Beneficios de Medicare a:

Western Vascular Institute, 7165 E. University Drive, Suite 187, Mesa, AZ 85207-6415

Yo solicito que los pagos sean hechos directamente a mi o al proveedor nombrado en la forma de reclamo por servicios brindados a mi durante el periodo efectivo de esta autorización. Yo autorizo al proveedor nombrado arriba de liberar a la Administración de Seguro Social, sus intermediaries o portadores cualquier información requerida para que cualquier reclamo sea pagado y procesado. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados.

Derechos de Paciente y Divulgación de Información

Su firme abajo indica que usted recibió la carta de “Bienvenida de Paciente Nuevo” que le provee con información sobre nuestra organización y sus derechos como paciente con nosotros.

Política de Cancelación

Si no puede mantener su cita, usted está obligado a informar a nuestra oficina dentro de 24 horas de negocio de su cita programada para visita de oficina o cita de ultrasonido y un aviso de 48 horas de negocio para cirugía en el oficina o cirugía en el hospital. Si usted no cancela su cita dentro del tiempo requerido, usted será sujeto a una cuota de no cancelación como sigue. Visita de oficina \$35.00, Ultrasonido \$50.00, Cirugía dentro de oficina \$150.00 y Cirugía en hospital \$200.00. Su firma abajo reconoce que usted ha leído y entiende nuestra política de no-cancelación.

Consentimiento de Política para Identificación de Archivo Electrónico

Western Vascular Institute usa un sistema de Archivo Médico Electrónico (EMR) para mantener su información de cuidado de salud. Nosotros usamos foto digital para identificación. Su fotografía no sea divulgada o liberada fuera de esta instalación y solamente será usada cumpliendo con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad y le de LPRSM. Su firma abajo indica que usted ha leído y entendido esta política.

Por favor, escriba su nombre: _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ACUEDRO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE

Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Todo el acuerdo de responsabilidad financiera del paciente es un formulario laminado proporcionado por el personal de recepción. Se pueden imprimir copias de los formularios financieros firmados previa solicitud.

Reconocimiento. Yo entiendo que últimamente soy responsable por pago de servicios recibidos del proveedor, sin importar mi cobertura de salud, yo entiendo que el proveedor no actuar como administrador para resolver mis acuerdos financieros personal acerca de cuidado médico. Yo he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de detalles de este acuerdo. Cualquier pregunta ha sido contestada satisfactoriamente.

Yo consiento y estoy de acuerdo con la póliza mencionada del proveedor y entiendo que puede cambiar sin aviso.

Firma y fecha de acuerdo: _____

Nombre del paciente (imprimir)

Firma

Consentimiento a Tratamiento & Autorización/Asignación de Aseguranza

1. El paciente o representante autorizado reconoce la necesidad de cuidado y consiente a CUALQUIER y TODO servicio médico necesario como sea ordenado por el médico y a discreción del paciente. Estos servicios pueden incluir servicios de laboratorio, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico mínimo o de emergencia, examen o otros servicios brindados bajo las instrucciones específicas del médico.

2. Yo por lo presente autorizo a WESTERN VASCULAR INSTITUTE, PLLC de brindar información a portadores de aseguranza acerca de mi o mi enfermedad y tratamiento. Yo por lo presente asigno a los proveedores de esta práctica TODOS los pagos por servicios médicos brindados a mi o mis dependientes. Yo entiendo que soy responsable por CUALQUIER cantidad NO cubierta por mi aseguranza, incluyendo cuotas de abogado.

Reconocimiento de Recibir Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar abajo, yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Western Vascular Institute, cual explica sus deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Yo entiendo que puedo negarme a firmar reconocimiento.

Al firmar abajo yo reconozco y acepta las políticas, los derechos del paciente y los consentimientos mencionados anteriormente.

Firma de paciente o representante de paciente

Fecha



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

DEMOGRAFICAS DE PACIENTE

INFORMACION DE PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono: _____ Casa Trabajo Otro

Teléfono: _____ Casa Trabajo Otro

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

de Seguro Social: _____

Lenguaje preferido: _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a

Correo Electrónico: _____

Médico Refiriendo: _____

Médico Primario: _____

Étnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Americano Africano

Nativo de Hawái u otro Isleño del Pacífico Blanco o caucásico Otro o No Determinado

INFORMACIÓN DE EMPLEADOR A PACIENTES

Empleado Jubilado Desempleado

Nombre del otro empleador: _____

Teléfono del empleador: _____

Ocupación: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ASEGURANZA DE PACIENTE

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de compañía de Aseguradora: _____

ID#: _____

Grupo/Póliza: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Teléfono de Suscriptor#: _____

Relación al Paciente: _____

Empleador de Suscriptor: _____

SS # de Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del Suscriptor: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de compañía de Aseguradora: _____

ID#: _____

Grupo/Póliza: _____

Nombre de Suscriptor: _____

Teléfono de Suscriptor#: _____

Relación al Paciente: _____

Empleador de Suscriptor: _____

SS # de Suscriptor: _____

Fecha de nacimiento del Suscriptor: _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE SEGUROS

Por favor, lea y firma

Yo aseguro que la información dada aquí es correcta y cierta a mi mejor conocimiento. Yo por lo presente asigno beneficios de ser pagados directamente al médico, yo lo autorizo para proveer información acerca de mi enfermedad a mi portador de aseguradora. Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no pagada por mi aseguradora. Yo autorizo a la clínica a obtener historial de medicamentos electrónicamente del administrador de beneficios de mi farmacia.

FIRMA DE PACIENTE/TUTOR

FECHA



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

FORMA DE HISTORIAL DE PACIENTE

Nombre de paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Usted actualmente toma Aspirina? Si No 81mg 325mg ¿Una Ves al día?
Otro: _____

Medicamentos actuales y Alergias Drogas	Dosis (mg)	Cuantas veces al día?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Pharmacia: _____ Teléfono: _____

Calles Principales: _____

¿Alergias A Medicamentos?



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

Por favor, indique si ha tenido alguno de los siguientes marcando la casilla de verificación correspondiente:

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Cancer

Tipo _____

Enfermedad Cardíaca

- Insuficiencia cardíaca congestiva Presion Arterial Alta
- Infarto Presion Arterial Alta
- Fibrilación Auricular Arteriopatía coronaria
- Otro: _____

Oído, Nariz, Garganta

Tipo _____

Piel

Tipo _____

Musculoskeletal

Tipo _____

Vascular

- Aneurisma De aorta abdominal Otro: _____
- Enfermedad Carotid _____

Endocrino

- Enfermedad de Rinon
- Diabetes
- Otro: _____

Respiratoria

- COPD
- Asma
- Otro _____

Neurologico

- Ataque
- Otro: _____

Psiquiatrica

Tipo _____

Enfermedades Infecciosas (Por favor marque todos los que sean pertinente e

- ano) C-diff _____ Hepatitis A, B, C, D, E (aplicabilidad del círculo) _____
- VIH _____
- MRSA _____

HISTORIAL QUIRURGICO PASADO

Cirugia Cardíaca

Tipo _____

Cirugia Pulmon

Tipo _____

Cirugia Musculoskeletal

Tipo _____

Cirugia Genitourinaria

Tipo _____

Cirugia Gastrointestinal

Tipo _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

HISTORIAL QUIRURGICO PASADO CONTINUAD

Cirugia Ginecologica

Tipo _____

Otros Cirugias:

Tipo _____

Cirugia Vascular

Cirugia Carotidea

Cirugia de Aneurisma

Angioplastia/Stents

Derecha Izquierda Ambos

Amputacion

Derecha Izquierda Ambos

Ablaciones de

venas Derecha Izquierda Ambos

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Si usted tiene una historial familia de cualquiera de los siguientes por favor indique cual miembro de familiar en el espacio proporcionado

Cancer

Quien & Tipo? _____

Endermedad Cardiaca

Quien & Tipo? _____

Diabetes

Quien & Tipo? _____

Renal

Quien & Tipo? _____

Vascular

Quien & Tipo? _____

Respiratoria

Quien & Tipo? _____

Psico/Social

Quien & Tipo? _____

Otro:

Quien & Tipo? _____



WESTERN VASCULAR
I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

HISTORIAL SOCIAL

Estado Civil: _____

Uso de Tabaco:

- Nunca Fumo
- Fumador actual diario
Paquetes por dia: _____
- Fumar Anterior
Fecha que dejo de fumar: _____

Uso de Alcohol: Si No

- Frecuentemente
- En ocasiones sociales

Uso de Droga: Si No

Tipo _____

Comentarios: _____



Vena Queja Formulario

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<i>Sintomas</i>			<i>Factores agravantes</i>		<i>Factores de alivio</i>	
	Derecha	Izquierda Ambos	Pasar sentado mucho tiempo		Elevar	Sentarse/Reposo
Hinchazon			Pararse por mucho tiempo		Caminando/ejercici	Usado medias de compression
Varices			Caminando/ejercicio		Masaje de piernas	Compresas frías
Cansancio/Fatiga			Clima caluroso		Banarse	Medicamento
Ardor			Ciclo menstrual/embarazo		Almohadilla térmica	
Picazon						
Calambres Musculares						
Pierna Inquieta						
Ucleras						
Irritación						
Decoloracion de la Piel						
Venas Abultadas						
Sangrando						
Dolor						
Pesadez						
Sensacion palpitante						
Dolor al Caminar						
Entumecimiento						
Frio En los Pies						
Estos Sintomas afectan su vida diaria						
	Derecha	Izquierda	Ambos			

<i>Calidad del dolor</i>			
Fuerte	Dolor de consentimiento	Dolor de tirón	Dolor molesto
Dolor doloroso	Opresión dolorS	Dolor intenso	Sensacion palpitante

<i>Medias de compression</i>				
Medida de las medias de compression ¿	15/20	20/30	30/40	
Cuanto Tiempo uso las medias ¿	0-3	3-6	6-12	12-24
<i>Historial:</i>				
	R	L	Ambos	Recurrente
	R	L	Ambos	Recurrente
Varies				Coágulo pulmonar
Sangrando				Ulceras
Coagulo de sangre				Flebitis (inflamación de las venas)
<i>Historia de tratamiento de venas varicosas:</i>				
	R	L	Ambos	
	R	L	Ambos	
Procedimiento de venas				Extirpación de venas
Extracción de venas				Inyecciones

Baja médica: _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

AUTORIZACION PARA LIBERAR INFORMACION DE SALUD

Yo autorizo a Western Vascular Institute, PLLC
Teléfono # 480-668-5000 Fax # 480-668-5065

Liberar información de salud/medica de:

Nombre complete de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta información puede ser liberada a:

Recibidor: _____ Paciente Relación al paciente: _____ Si Mismo

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Yo entiendo que la información que estoy de acuerdo en liberar a las personas ante nombradas puede incluir información clínica sensible obtenida durante las fechas listadas abajo. Estos pueden o no incluir tratamiento de substancia u otro abuso, VIH, enfermedades psiquiátricas, enfermedades transmitidas sexualmente, etc., a menos que en exacto a:

Esta liberación incluye todos los documentos creados por Western Vascular Institute, PPLC, tal como pero no limitada a:

- Notas de Oficina, Archivos & Progreso
- Reportes de Ultrasonido
- Todos los documentos que Western Vascular Institute, PLLC haya ordenado en su nombre

Cubriendo documentos desde:

- Desde la fecha de creación por Western Vascular Institute, PLLC, sea en el pasado o future.

YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACION PUEDE SER REVOCADO POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. ESTA AUTORIZACION PERMANECERA EN EFECTO A MENOS QUE SEA REVOCADA.

FIRMA (persona autorizando librecion): _____

Fecha de Firma: _____ **Relacion al paciente:** _____