
INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha:

Nombre:

Direccion:

Ciudad:

Estado:

Codigo postal:

Fecha de nacimiento:

Numero de residencia:

Cellular:

Correro electronico:

Persona en caso de emergencia:

Numero de telefono:

Relacion:

Doctor primario:

Como supo de nosotros? Por favor, escoja una opcion.

- Vengo de un doctor o hospital
- Google / Web / www.sfveincenter.com
- Yelp

Nombre:

HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____ Edad _____

Que lo trajo a nuestra oficina?

Que problemas medicos tiene. Ejemplo: Pression alta, venas varicosas, Diabetes, etc

Ha estado ingresado y que tipo de cirugias ha tenido?

Fecha Aproximada	Cirugia	Hospital	Cirujano

Que medicamentos toma

Medicamentos	Dosis / Frecuencia	Medicamentos	Dosis / Frecuencia

HISTORIA DEL PACIENTE (PAGINA 2)

Nombre _____

Alguna condicion medica en su familia?

Condicion	Que familiar

Alergias que tenga?

Alergia	Reaccion

A fumado?

Si No

Si ha fumado, cuantos paquetes al dia?

Por cuantos anos ha fumado?

Ha parado de fumar?

Si No

Si ha dejado de fumar, cuando?

Cuantas bebidas alcoholicas toma al dia?

Alguna vez ha tenido problemas con el alcohol?

Si No

En que trabaja?

HISTORIA DEL PACIENTE (PAGE 3)

Nombre _____

Lo siguiente es una lista de chequeo llamada "revisión de sistemas". Es información que los doctores usan para estimular su memoria para que no pasemos por alto cualquier problema médico que pueda tener. Puede parecer fastidioso pero es importante. Por favor tomese el tiempo de llenar esta información.

REVISION DE LOS SISTEMAS (marque cualquier aplique)

General / Endocrino

Cambio de peso Dificultad al dormir Sudores Fatiga
Escalofrios Fiebres Mareos Ronquidos alto

Oído, nariz, garganta

Perdida de la vision Sinositis Dolor de cabeza Sangramiento por nariz
Perdida d la audicion Duro de cuello Dificultad tragar Infeccion de oido

Gastrointestinal

Dolor de estomago Ulcera Sangre en las heces Acidez
Nausea Diarrea Heces negra Estrenimiento

Urológico

Sangre en la orina Orina en la noche Impotencia Piedras en los rinones

Musculos

Debilidad Dolor articulaciones Dolores musculares Dolor de espalda

Neurologico

Temblores Dificultad al hablar entumecimiento

Respiratorio

Tos Salibeo Tos con sangre

Cardiaco

Dolor en el pecho Taquicardia Ataque al corazon

Hematologica

Tendencia sangrar Cuagulos de sangre en las piernas Cuagulos de sangre en las pulmones

Piel

Erupciones Picazon Cambios en la piel

Psiquiatrico

Depresion Ataques de panico Ansiedad

Pulmonas

Asma Alergias Tos

Seton Medical Center
1850 Sullivan Ave, Suite 300
Daly City, CA 94015
Phone 650-991-1122
Fax 415-744-1199

Melinda L. Aquino MD

Board Certified Vascular Surgeon
www.sfveincenter.com

St Mary's Medical Center
2250 Hayes Street Ste 612
San Francisco, CA 94117
Phone 415-752-1122
Fax 415-744-1199

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

Política de cancelacion

Si bien entendemos que puede haber ocasiones en las que falte a una cita debido a emergencias u obligaciones, aplicamos la siguiente política de cancelación:

- **Requerimos al menos un aviso de 48 horas (2 días hábil) para cancelar una cita en la oficina. Se cobrará una tarifa de \$50 por las cancelaciones realizadas con menos de 48 horas (2 día hábil) o si no llega a la cita.**
- **Requerimos al menos un aviso de 48 horas para cancelar un procedimiento. Se cobrará una tarifa de \$100 por las cancelaciones realizadas con menos de 48 horas o si no llega. Los procedimientos requieren una preparación especial del equipo y una sala de procedimientos reservada.**

Responsabilidades generales

Usted (o el tutor legal del paciente) es responsable por el pago de su tratamiento y cuidado.

Secury medico

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su proveedor de seguros. Usted es responsable de la comprensión y el pago de sus copagos de seguro, deducibles y coseguros. Nuestro personal estará encantado de explicarle lo esto significa si usted llegara a necesitar ayuda.
- Nosotros le mandamos a su compañía de seguro la cantidad a cobrar por los tratamientos dados en nuestra oficina; su aseguranza una vez que verifica la informacion en su contrato nos informa de copagos, deducibles y / o coaseguro con los que usted estuvo de acuerdo al momento que eligio su plan
- Como parte de nuestro trabajo nosotros verificamos su cobertura y elegibilidad. Sin embargo, es su responsabilidad determinar si el doctor que va a visitar esta en contrato con su aseguranza antes de ser visto.
- Usted es responsable de proveernos la información correcta y actualizada sobre su seguro medico
- Usted es responsable de cualquier cantidad que no sean cubiertas por su seguro.

Estamos comprometidos a brindarle la mejor atención posible. Su clara comprensión de nuestra política financiera es importante para nuestra relación profesional. Por favor, pregunte si tiene alguna duda. Tenemos el placer de discutir nuestra política financiera con usted en cualquier momento.

Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con las disposiciones de este Acuerdo. En caso de falta de pago yo soy responsable de todos los costos y colección razonable y / o honorarios de abogados.

Seton Medical Center
1850 Sullivan Ave, Suite 300
Daly City, CA 94015
Phone 650-991-1122
Fax 415-744-1199

Melinda L. Aquino MD

Board Certified Vascular Surgeon
www.sfveincenter.com

St Mary's Medical Center
2250 Hayes Street Ste 612
San Francisco, CA 94117
Phone 415-752-1122
Fax 415-744-1199

Firma del Paciente o Representante Legal

Nombre Impreso

Fecha

Seton Medical Center
1850 Sullivan Ave, Suite 300
Daly City, CA 94015
Phone 650-991-1122
Fax 415-744-1199

Melinda L. Aquino MD
Board Certified Vascular Surgeon
www.sfveincenter.com

St Mary's Medical Center
2250 Hayes Street Ste 612
San Francisco, CA 94117
Phone 415-752-1122
Fax 415-744-1199

AUTHORIZACION Y CONSENTIMIENTO DE INFORMACION MEDICA

Queremos que usted sepa como sera usada su informacion medica (IMP) sera usada en esta oficina y sus derechos sobre esta informacion. Antes de que empezemos con algun cuidado medico nosotros tenemos como requisito de que usted lea y firme esta forma afirmando de que entendio y estuvo de acuerdo con la manera en que sera usada su informacion.

Aviso de Practicas de Privacidad

Yo certifico que esta oficina me dio Aviso de Practicas de Privacidad. Yo entiendo que proporciona una descripcion completa de los usos y revelaciones de mi informacion medica. Tambien tengo conocimiento que una copia del Aviso de Practicas de Privacidad esta disponible en recepcion y tambien en la pagina de internet <http://www.sfveincenter.com>.

Authorization para la Divulgacion de (IMP) para Tratamientos, Pagos y Atencion Medica

Yo entiendo que como parte del cuidado de mi salud esta oficina crea y mantiene records medicos que describen mi historial medico, sintomas, evaluaciones y resultados, diagnosticos, tratamiento y cualquier otro plan para futuros cuidados. Tambien entiendo que esta informacion sirve como:

- Como base para planear mi cuidado medico y tratamiento.
- Como un medio de comunicacion entre los profesionales de la salud que pueden contribuir al cuidado de mi salud.
- Como fuente de informacion para aplicar mi diagnostico e informacion quirurgica a mi cuenta.
- Un medio por el cual una tercera persona (pagador) puede verificar que los servicios facturados fueron proporcionados.
- Una herramienta para procesos de atencion medica de rutina, tales como la evaluacion y calidad de la revision de profesionales medicos.

Yo entiendo que como parte de mi cuidado y tratamiento puede ser necesario que la oficina tenga que proveer mi Informacion Medica Privada a otras instituciones de salud. Yo tengo el derecho de revisar esta Notificacion antes de firmar esta autorizacion. Yo autorizo la divulgacion de mi Informacion Medica Privada como mencione anteriormente.

Consentimiento de Uso y Divulgacion de IMP para Tratamientos, Pagos y Atencion Medica

Yo entiendo que:

- Yo tengo el derecho de revisar esta Notificacion de informacion antes de firmar este consentimiento.
- Esta oficina reserva el derecho de modificar el anuncio y las practicas antes de mi aplicacion se me enviara una copia por correo a la direccion que he facilitado si es necesario.
- Tengo el derecho de pedir restricciones en cuanto y como protejo mi informacion medica y de como puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo tratamiento, pagos

Firma del paciente o representante legal

Escriba su nombre

Fecha