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
http://www.sfveincenter.com

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

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____

Nombre: _____

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo postal: _____

Fecha de nacimiento: _____

Numero de residencia: _____

Cellular: _____

Correro electroico: _____

Persona en caso de emergencia: _____

Numero de telefono: _____

Relacion: _____

Doctor primario: _____

Farmacia preferida y direcion: _____

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

- ◯ Vengo de un doctor o hospital — Nombre: _____
- ◯ Google / Web / www.sfveincenter.com
- ◯ Yelp

Seton Medical Center
1850 Sullivan Ave, Suite 420
Daly City, CA 94015
Phone 650-991-1122
Fax 415-744-1199

MELINDA L. AQUINO, MD
Board Certified Vascular Surgeon
http://www.sfveincenter.com

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

HISTORIA DEL PACIENTE

Nombre _____ Fecha _____ Edad _____

Que lo trajo a nuestra oficina?

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

Ha estado ingresado y que tipo de cirugias ha tenido?

Fecha Approximada	Cirugia	Hospital	Cirujano

Que medicamentos toma

Medicamentos	Dosis / Frequencia	Medicamentos	Dosis / Frequencia

HISTORIA DEL PACIENTE (PAGINA 2)

Nombre _____

Alguna condicion medica en su famila?

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? ☐

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

Politica 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:

- **Las citas en la oficina deben cancelarse con al menos 48 horas (2 días hábiles) de anticipación. Las cancelaciones tardías o las ausencias incurrirán en un cargo de $75.**
- **Los procedimientos deben cancelarse con al menos 72 horas (3 días hábiles) de anticipación. Las cancelaciones tardías o las ausencias incurrirán en un cargo de $250. Los procedimientos requieren preparación especial de equipo y de la sala, la cual queda reservada para usted.**

Seguro Medico

- Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su proveedor de seguro. Usted es responsable de comprender y pagar sus copagos, deducibles y coseguros. Nuestro personal estará encantado de explicarle estos conceptos si necesita ayuda.
- Como cortesía, facturamos a su compañía de seguros por usted y le cobramos los copagos, deducibles y/o coseguros según las instrucciones de su compañía de seguros.
- Como cortesía, tratamos de verificar su cobertura y elegibilidad. Sin embargo, es su responsabilidad determinar si el médico está dentro de la red antes de ser atendido.
- Usted es responsable de proporcionarnos la información más precisa y actualizada sobre su seguro.
- Usted es responsable de cualquier monto no cubierto por su seguro.

Nos comprometemos a brindarle atención médica de calidad. Si tiene alguna pregunta sobre nuestra política financiera, no dude en preguntar.

He leído, entiendo y acepto esta política. Soy responsable de todos los costos, incluidos honorarios razonables de cobranza o abogados, en caso de falta de pago.

Conforme al Código Civil de California § 1785.27, no se puede proporcionar información relacionada con esta deuda médica a una agencia de informes de crédito al consumidor. Cualquier violación intencional anula la deuda y la hace inaplicable, además de cualquier otra sanción establecida por la ley.

_____	_____	_____
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.

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 cualguier otro plan para futuros cuidados. Tambien entiendo que esta informacion sirve como:

- Un medio de comunicación entre los profesionales de salud para contribuir a mi atención médica.
- Una fuente de información para aplicar mi diagnóstico e información quirúrgica a mi factura.
- Un medio por el cual un tercero pagador puede verificar que servicios fueron realmente prestados.
- 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 applicacion 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

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

LA BASE DE DATOS

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales docentes. Se puede encontrar en https://openpaymentsdata.cms.gov.

AVISO Y ACUSE DE RECIBO Y ENTENDIMIENTO

Los médicos están autorizados y regulados por el Medical Board of California. Para verificar una licencia o presentar una queja,

Ir a: https://www.mbc.ca.gov
Email: licensecheck@mbc.ca.gov
Llama: (800) 633-2322

_____	_____	_____
Firma del Paciente o Representante Legal	Nombre Impreso	Fecha