



APELLIDOS: _____ NOMBRE: _____ INICIAL: _____

NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HOMBRE: ☐ MUJER: ☐ ESTADO CIVIL: SOLTERO/A ☐ CASADO/A ☐ DIVORCIADO/A ☐ VIUDO/A ☐

EMPLEADO/A: SÍ ☐ NO ☐ SI RESPONDE SÍ, DÓNDE: _____

¿CÓMO SE ENTERÓ DE NUESTRA CLÍNICA *THE VEIN COMPANY*? _____

DOMICILIO: _____ APT: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ DESEA PARTICIPAR EN EL PORTAL DEL PACIENTE: SÍ ☐ NO ☐

TELÉFONO DE CASA: _____ TEL. DEL TRABAJO: _____ TEL. CELULAR: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: NOMBRE: _____ PARENTESCO: _____

TELÉFONO DE EMERGENCIA: _____ ¿TIENE USTED DIRECTIVAS ANTICIPADAS (TESTAMENTO VITAL)? SÍ ☐ NO ☐

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA (DE CABECERA): _____ TELÉFONO: _____

MÉDICO QUE REMITE: _____ TELÉFONO: _____

PORTE RESPONSABLE: PACIENTE ☐ O NOMBRE: _____

DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CP: _____

TELÉFONO: _____ RELACIÓN CON USTED: _____

SEGURO PRIMARIO: _____

NOMBRE DEL AFILIADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ GRUPO: _____

RELACIÓN DEL AFILIADO CON EL PACIENTE: PACIENTE ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO/A ☐ OTRO ☐ _____

SEGURO SECUNDARIO: _____

NOMBRE DEL AFILIADO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: _____ GRUPO: _____

RELACIÓN DEL AFILIADO CON EL PACIENTE: PACIENTE ☐ CÓNYUGE ☐ HIJO/A ☐ OTRO ☐ _____

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

NOMBRE DEL/DE LA PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOY PERMISO A *THE VEIN COMPANY, LLC* Y AL PERSONAL DE LA CLÍNICA PARA HABLAR DE MI ESTADO DE SALUD CON
(por favor, indique familiares o amigos/as solamente)

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE: _____

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

RELACIÓN CON EL/LA PACIENTE: _____

POR FAVOR REVISE LAS POLITICAS FINANCIERAS Y DE LA OFICINA DE *LEGACY VEIN CENTER/THE VEIN COMPANY*:

- **RECUERDE QUE ESTAR EN LA RED DE SU SEGURO MÉDICO NO IMPLICA QUE LOS SERVICIOS ESTÉN 100% CUBIERTOS. USTED SERÁ RESPONSABLE DE COPAGOS, DEDUCIBLES Y COSEGURO.**
- LOS PACIENTES POR CUENTA PROPIA (SIN SEGURO) PAGARÁN EN EL MOMENTO DE ATENCIÓN. CON SEGURO, EL COPAGO SE DEBE HACER EN EL MOMENTO DE ATENCIÓN.
- SI SE ESTABLECEN PLANES DE PAGO Y NO SE PAGAN A TIEMPO, LA CUENTA SERÁ ENVIADA PARA COBRANZAS Y SE LE DESPEDIRÁ COMO PACIENTE. ACEPTAMOS TODAS LAS TARJETAS DE CREDITO PRINCIPALES, CHEQUES, EFECTIVO Y *CARE CREDIT*.
- HABRÁ UN CARGO DE \$35.00 POR CHEQUES DEVUELTOS Y USTED NO PODRÁ HACER EL PAGO CON OTRO CHEQUE. TENDRÁ QUE PAGAR CON EFECTIVO, GIRO POSTAL O TARJETA DE CREDITO.
- SE APLICARÁN CARGOS POR INASISTENCIA A LAS CITAS QUE NO SE CANCALEN CON ANTICIPACIÓN. CONSULTA EN EL CONSULTORIO O ULTRASONIDO \$50, PROCEDIMIENTO MÉDICO O COSMÉTICO \$100, PROCEDIMIENTO DE VENAS PROFUNDAS \$300.
- SI TIENE QUE COMPLETAR FORMULARIOS DE *FMLA* (LICENCIA POR ENFERMEDAD), DE REGRESO AL TRABAJO O DE RESTRICCIONES, HABRÁ UN CARGO DE \$10.00 POR CADA FORMULARIO.
- SI USTED TIENE UN PROCEDIMIENTO QUE REQUIERE USAR MEDIAS DE COMPRESIÓN, SU SEGURO PUEDE NO CUBRIR MEDIAS DE COMPRESIÓN Y TENDRÁ QUE COMPRARLAS DE SU BOLSILLO.
- SI USTED SE SOMETE A ESCLEROTERAPIA PARA LAS ARAÑAS VASCULARES, SU SEGURO NO CUBRIRÁ LOS PROCEDIMIENTOS COSMÉTICOS. USTED SERÁ RESPONSABLE DEL PAGO EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.
- ESTOY DE ACUERDO EN QUE EL PERSONAL DE *THE VEIN COMPANY* DEJE UN MENSAJE EN MI NÚMERO DE CASA O DE MÓVIL. INFÓRMENOS SI NO QUIERE QUE LE DEJEMOS MENSAJE CON LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS EN SU BUZÓN DE VOZ.
- ESTOY DE ACUERDO EN QUE *THE VEIN COMPANY* PUEDA ENVIAR CORREOS ELECTRONICOS, MENSAJES DE TEXTO O LLAMADAS (A CASA O AL MÓVIL), Y MENSAJES SEGUROS A TRAVES DEL PORTAL DEL PACIENTE PARA RECORDATORIOS DE CITAS, FACTURACION Y GESTIONES DE COBRANZA.
- ESTOY DE ACUERDO EN QUE *THE VEIN COMPANY* PUEDA MANTENER LA INFORMACIÓN DE MI TARJETA DE CRÉDITO DE FORMA SEGURA EN MI CUENTA Y EMITIR UN REEMBOLSO A LA TARJETA SI ES NECESARIO.
- DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE EL PERSONAL UTILICE TECNOLOGÍA ASISTIDA POR IA PARA LA TRANSCRIPCIÓN DE DOCUMENTACIÓN Y NOTAS. POR FAVOR, INFÓRMENOS SI PREFIERE QUE NO UTILICEMOS TECNOLOGÍA ASISTIDA POR IA PARA ESTE PROPÓSITO.

Autorizo que todos los beneficios de las compañías de seguros o cualquier otro pagador de terceros se paguen directamente a *Legacy Vein Center/The Vein Company* para los servicios prestados por los proveedores de atención médica empleados por *Legacy Vein Center/The Vein Company*. Autorizo a esta práctica para actuar en mi nombre y para proporcionar cualquier información médica sobre mí a mi proveedor de seguros con el fin de determinar el pago de los servicios recibidos por parte de *Legacy Vein Center/The Vein Company*.

He revisado y entiendo las políticas financieras y de la oficina. Entiendo que se me ha proporcionado u ofrecido el Aviso de Prácticas de Información que proporciona una descripción más completa sobre la utilización y divulgación de la información. Entiendo que tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. Entiendo que la organización se reserva el derecho a cambiar sus avisos y prácticas. Entiendo que tengo derecho a solicitar restricciones en cuanto a la forma en que mi información médica pueda ser utilizada o divulgada para llevar a cabo el tratamiento, el pago o la administración de la atención médica y que la organización no está obligada a aceptar las restricciones solicitadas. Entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito, excepto en la medida en que la organización ya haya tomado medidas en cuanto al mismo.

ESTE ES UN FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INDEFINIDO A MENOS QUE SE ESPECIFIQUE LO CONTRARIO.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

The Vein Company no discrimina, ni excluye a las personas, ni les trata de forma diferente por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Ofrecemos implementos y servicios gratuitos para personas con discapacidades. Para las personas cuyo idioma principal no es el inglés, ofrecemos servicios gratuitos de asistencia lingüística mediante intérpretes y materiales escritos en otros idiomas.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-423-328-0163 (TTY: 711)



ANTECEDENTES MÉDICOS

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

HOMBRE: ☐ MUJER: ☐ ESTATURA: _____ PESO: _____

¿PARA QUÉ PROBLEMAS DESEA ATENCIÓN? _____

MARQUE CON UN CÍRCULO TODAS LAS ENFERMEDADES O SÍNTOMAS PARA LOS QUE RECIBIÓ TRATAMIENTO EN EL PASADO O EN EL PRESENTE:

DOLOR DE PECHO/FALTA DE AIRE	PALPITACIONES CARDIACAS	PÉRDIDA DE PESO RECIENTE	NINGUNA
ARTROSIS	PROBLEMAS DE HÍGADO	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA	CONVULSIONES
ASMA	EPOC/ ENFISEMA	SOPLO	ENFERMEDAD DEGENERATIVA DE DISCO
VEJIGA/ ENFERMEDAD RENAL	ANSIEDAD/DEPRESIÓN	HEPATITIS	NEUROPATÍA
HEMORRAGIA/TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN	DIABETES	PRESIÓN ARTERIAL ALTA	DERRAME CEREBRAL/AIT (TIA, por sus siglas en inglés)
VISIÓN BORROSA	PROBLEMA GASTROINTESTINAL/ULCERA	COLESTEROL ALTO	PROBLEMAS DE TIROIDES
CÁNCER	DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS	VIH/SIDA	TUBERCULOSIS
AUMENTO DE PESO RECIENTE	HEMORROIDES	COVID 19	OTRO

ENUMERE LAS OPERACIONES Y HOSPITALIZACIONES QUE HA TENIDO: _____

FUMA: SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁNTO AL DÍA? _____ ¿FUMÓ ALGUNA VEZ? _____ BEBIDAS ALCOHÓLICAS: SÍ ☐ NO ☐ ¿CUÁNTAS COPAS AL DÍA O A LA SEMANA? _____

[SÓLO MUJERES] NÚMERO DE EMBARAZOS: _____ NÚMERO DE NACIDOS VIVOS: _____ ¿ESTÁ ACTUALMENTE EMBARAZADA O AMAMANTANDO? _____

LISTA DE MEDICAMENTOS

FARMACIA DE PREFERENCIA: _____

¿LE DA PERMISO A TVC PARA PEDIR A ESTA FARMACIA LA LISTA DE TODOS SUS MEDICAMENTOS ACTUALES, DE VENTA LIBRE Y CON RECETA? SÍ ☐ NO ☐

ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS QUE ESTÁ TOMANDO ACTUALMENTE, DE VENTA LIBRE Y CON RECETA. (SI HACE FALTA AGREGUE OTRA HOJA)

NOMBRE DEL MEDICAMENTO: _____ DOSIS (SI NECESITA MÁS ESPACIO, AÑADA MÁS PAPEL) _____ FRECUENCIA _____

ALERGIAS

POR FAVOR, INDIQUE CUALQUIER ALERGIA A **MEDICAMENTOS**, **ALIMENTOS** O **ADHESIVOS MÉDICOS**, Y LAS REACCIONES: _____

LÁTEX: SÍ ☐ NO ☐ ALERGIA A ANESTÉSICOS COMO EMLA (LIDOCAÍNA Y PRILOCAÍNA) /LIDOCAÍNA/TETRACAÍNA: SÍ ☐ NO ☐ CINTA/ADHESIVOS: SÍ ☐ NO ☐

