



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: \_\_\_\_\_

PARTE 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 POLÍTICAS 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.
- SI NO SE PRESENTA O CANCELA UNA VISITA AL CONSULTORIO O CITA DE ULTRASONIDO, SE COBRARÁ UNA TARIFA DE NO PRESENTACIÓN DE \$50.00, SE COBRARÁ UN PROCEDIMIENTO MÉDICO O COSMÉTICO, SE COBRARÁ UNA TARIFA DE NO PRESENTACIÓN DE \$100.00, UN PROCEDIMIENTO DE VENAS PROFUNDAS, UNA NO PRESENTACIÓN DE \$300.00 -SE COBRARÁ TARIFA DEL ESPECTÁCULO.
- 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* MANTENGA UN REGISTRO SEGURO DE MI TARJETA DE CREDITO EN MI CUENTA.

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

**ANTECEDENTES VASCULARES: ¿TIENE O LE HAN DIAGNOSTICADO ALGUNA VEZ?**

- PROBLEMAS DE VÁRICES
- FLEBITIS (ENROJECIMIENTO DE LAS VENAS Y SENSIBILIDAD)
- TROMBOS/COÁGULOS
- TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)

- SÍ  NO
- SÍ  NO
- SÍ  NO
- SÍ  NO

- PIERNA: DERECHA  IZQUIERDA
- PIERNA: DERECHA  IZQUIERDA
- PIERNA: DERECHA  IZQUIERDA
- PIERNA: DERECHA  IZQUIERDA

**INDIQUE SU GRADO DE MALESTAR EN LAS PIERNAS entre 0, ningún dolor y 10, el peor dolor**

\_\_\_\_\_/10

**¿USTED SUFRE ALGO DE LO SIGUIENTE EN LA(S) PIERNA(S)?**

- DOLOR/MALESTAR
- PESADEZ
- CANSANCIO/FATIGA
- PICAZÓN/ARDOR
- HINCHAZÓN
- CALAMBRES
- PIERNAS INQUIETAS
- PALPITACIONES
- PROBLEMAS DE PIEL O ÚLCERAS
- HEMORRAGIA EN UNA VENA

- SÍ  NO

- PIERNA: DERECHA  IZQUIERDA

**¿HACE CUÁNTO TIEMPO QUE PADECE ESTOS SÍNTOMAS?**

\_\_\_\_\_

**¿QUÉ HACE ACTUALMENTE DE LO SIGUIENTE PARA MEJORAR LOS SÍNTOMAS DE LAS VENAS DE LAS PIERNAS?**

- MEDICACIÓN PARA EL DOLOR Y LOS SÍNTOMAS      SÍ  NO
- ELEVAR LAS PIERNAS      SÍ  NO
- USAR MEDIAS DE COMPRESIÓN      SÍ  NO

¿QUÉ? \_\_\_\_\_

**LISTE CUALQUIER SITUACIÓN QUE EMPEORE SUS SÍNTOMAS EN LAS PIERNAS (EJ. SENTARSE, PARARSE, EJERCICIO, ETC.)**

**ANTECEDENTES FAMILIARES: ¿ALGÚN MIEMBRO DE SU FAMILIA HA TENIDO? ANOTE QUIÉN (EJ. MADRE, PADRE, ETC.)**

- VÁRICES      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- EXTIRPACIÓN DE VENAS      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- TRASTORNO DE LA COAGULACIÓN      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- TROMBOS/COÁGULOS EN PIERNAS      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- DERRAME CEREBRAL      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- EMBOLIA PULMONAR      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_
- INFARTO CARDÍACO      SÍ  NO       ¿QUIÉN? \_\_\_\_\_

**ANTECEDENTES DE TRATAMIENTO DE LAS VENAS:**

**¿USTED HA RECIBIDO ALGUNA VEZ TRATAMIENTO PARA LAS VÁRICES CON?**

- ESCLEROTERAPIA      SÍ  NO
- TERAPIA LÁSER (ARAÑAS VASCULARES)      SÍ  NO
- FLEBECTOMÍA      SÍ  NO
- OPERACIÓN PARA EXTIRPAR VENAS      SÍ  NO
- ABLACIÓN POR RF (RADIOFRECUENCIA)      SÍ  NO

**LISTA DE ACTIVIDADES PERSONALES PORQUE SU TRABAJO LO REQUIERE O POR SU ESTILO DE VIDA:**

- PERIODOS PROLONGADOS DE PIE      SÍ  NO       OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_
- PERIODOS PROLONGADOS SENTADO/A      SÍ  NO
- HACE EJERCICIO REGULARMENTE      SÍ  NO
- VIAJA EN AVIÓN FRECUENTEMENTE      SÍ  NO
- PERDIÓ PESO      SÍ  NO