



Kevin M. Casey MD, FACS
 Edward N. Li, MD
 Daniel B. Alfson, MD
 2621 De La Vina St., Santa Barbara, CA 93105



Sydney S. Guo, MD
 2605 Loma Vista Rd., Ventura, CA 93003
 1901 Outlet Center Drive, Suite 210
 Oxnard, CA 93036

Información del paciente

Apellido _____ **Primer Nombre** _____

SEXO: M F **FECHA DE NACIMIENTO:** _____ **SS#** _____

ESTADO CIVIL: SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A

DIRECCION: _____ **CIUDAD:** _____ **ESTADO:** _____ **CODIGO POSTAL:** _____

NUMERO DE TELEFONO _____ **NUMERO DE CELLULAR** _____

CORREO ELECTRONICO: _____ *(complete para acceder al portal del paciente)*

EMPLEO: TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL RETIRADO/A DESEMPLEADO/A

EMPLEADOR: _____

DOCTOR DE CABEZERA: _____ **DOCTOR REFIRIENDO:** _____

PHARMACIA: _____

INFORMATION DE ASEGURANZA

| | ASEGURANZA PRIMARIA | ASEGURANZA SECUNDARIO |
|--|----------------------------------|----------------------------------|
| | Nombre De Aseguranza: | Nombre De Aseguranza: |
| | Nombre Del Asegurador: | Nombre Del Asegurador: |
| | Fecha De Nacimiento: | Fecha De Nacimiento: |
| | Number De Poliza: | Number De Poliza: |
| | Relacion Del Paciente De Poliza: | Relacion Del Paciente De Poliza: |

CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE _____ **APELLIDO** _____ **RELACION** _____

NUMERO DE TEL: _____ **NUMERO DE CELLULAR/TRABAJO:** _____

CONSENTIMIENTO GENERAL Y AUTORIZACION DE FACTURACION

YO, VERIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUE SOY EL PACIENTE O ALGUIEN LEGALMENTE AUTORIZADO PARA FIRMAR EL NOMBRE DEL PACIENTE.

YO, DOY CONSENTIMIENTO A CUALQUIER TRATAMIENTO MEDICO PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA(S) VISTA(S) AL CONSULTORIO BAJO LAS INSTRUCCIONES GENERALES Y ESPECIALES DEL MEDICO, A MENOS QUE YO DECLARE LO CONTRARIO Y SE LO COMUNIQUE AL MEDICO O PERSONAL DEL CONSULTORIO.

YO, ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS A LOS ESPECIALISTAS VASCULARES DEL CONDADO DE SANTA BARBARA/VENTURA PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS. YO, AUTORIZO A CUALQUIER TITULAR DE LA INFORMACION MEDICA DE OBTENER BENEFICIOS PARA MI/EL PACIENTE, DE LAS ASEGURANZAS PARA BENEFICIOS O LOS BENEFICIOS PAGABLES POR SERVICIOS RELACIONADOS.

YO, ENTIENDO QUE MI FIRMA SOLICITA QUE EL PAGO SE HAGA A LA PRACTICA Y AUTORIZO QUE COMPARTAN LA INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PAGAR LA FACTURA. YO, PROPORCIONE TODA LA INFORMACION DE MI SERGURO PARA FACTURACION Y ENTIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION.

YO, ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI ASEGURANZA, INCLUYENDO ENTRE OTROS, COPAGOS, DEDUCIBLES Y SERVICIOS NO CUBIERTOS. YO, ACEPTO COMPLETAR TODO EL DOCUMENTO NECESARIO PARA QUE MI ASEGURANZA PAGUE MI FACTURA Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE TODOS LOS CARGOS SI MI ASEGURANZA NO REALIZA EL PAGO EN MI NOMBRE.

FIRMA, PACIENTE O REPRESENTANTE LEGAL _____ FECHA: _____

IMPRIMA NOMBRE _____ RELACION DEL PACIENTE: _____

POLIZA DE CANCELACION O AUSENCIA

Yo, entiendo si debo cancelar una cita/s, tengo que avisar 24 horas antes. Aquellos que no proporcionen aviso tendría que pagar una tarifa de cancelación de \$75.00 por la visita al consultorio, \$150.00 por una ecografía y \$250.00 por un procedimiento en el consultorio.

Entendemos que en ciertas circunstancias son inevitables o inesperadas, las excepciones a la póliza serán revisadas por los médicos y solo ellos pueden aprobar remover la tarifa de cancelación.

Por favor, firme para confirmar que ha leído y comprende nuestra póliza de cancelación y ausencia.

Imprima su Nombre o Nombre De Representante Legal: _____

Firma Del Paciente o Representante Legal _____ Fecha: _____

Información Demográfica

[Marque el cuadro si se niega a reportar información demográfica

La siguiente información opcional es para saber mejor las preferencias de nuestros pacientes y comprender el historial genealógico de cada individual, que puede indicar la propensión a ciertas afecciones médicas.

Femenina/Masculino: _____ Idioma Preferido: _____

Raza:

___ Indio Americano/a o Nativo de Alaska
___ Negro/a Afroamericano/a
___ Nativo Hawaiano/a o Isleño del Pacífico/a
___ Blanco/a

ETHNICIDAD:

___ Hispano/a o Latino/a
___ No Hispano/a o Latino/a

PACIENTE, FAMILIA Y INFORMACION SOCIAL

Nombre Completo: _____ Fecha De Nac: _____ Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a - Si Casado/a Cónyuge Estado de Salud: _____

Doctor de Cabecera: _____ Doctor Refiriendo: _____

Razon Por la Referencia: _____

- Situacion de Vida (Marque la caja): Hogar Unifamiliar Sin Hogar Refugio
 Hogar Multigeneracional Casa De Retiro Otro: _____
- Usted Fuma? ___ SI ___ NO ___ Dejo Si fuma, cuánto tiempo? ___ Cuantos paquetes? ___
Si dejo de usar, cuánto tiempo? _____
- Usted toma alcohol? ___ SI ___ NO ___ Dejo Si toma, cantidad que consume? _____
Si dejo, cuando? _____
- Tiene antecedentes de abuso de sustancias o uso de Drogas intravenosas? ___ SI ___ NO
- Usted ha completado un poder notarial duradero para atención médica, directiva medica anticipada?
___ SI *Proporcione una copia para su registro medico en nuestra oficina.
___ NO *Si no, está interesado en obtener información sobre una directiva anticipada? ___ SI ___ NO

HISTORIA FAMILIAR

- Padre: Vive Falecido ___ Si falleció, a que edad? ___ Causa de Muerte? _____

- Madre: Vive ___ Fallecida _____ Si falleció, a que edad? ___ Causa de Muerte? _____

- Hermanos: Cuantos Viven ___ Numero Fallecidos ___ Si fallecio, a que edad? ___ Causa de Muerte?

- Hermanas: Cuantas Viven ___ Numero Fallecidas ___ Si falleció, a que edad? ___ Causa de Muerte?

- Hijos/a: Cuantos/a Viven ___ Numero Fallecidos/a ___ Si falleció, a que edad? ___ Causa de Muerte?

Marque cualquier enfermedad que su padre, madre , hermanos/a o hijos/a hayan tenido:

Enfermedad del corazón Desorden Sangrante Cáncer Enfermedad del riñón Diabetis Alcoholismo
Alta Presión Cerebrovascular Tuberculosis Convulsiones/Epilepsia Problemas Psiquiátricos

HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA

Historial Médico—Nombre todas las afecciones graves por las que ha sido tratado por un médico. Los ejemplos incluyen, entre otros, anemia, diabetes, cáncer, problemas cardiacos, enfermedad renal, epilepsia, presión arterial alta e hipercolesterolemia:

| <u>Condicion</u> | <u>Fecha</u> | <u>Medico de Tratamiento</u> |
|------------------|--------------|------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Historia Quirúrgica---Nombre de todas las operaciones a continuación y cualquier complicación significativa relacionada con las operaciones.

| <u>Operacion</u> | <u>Fecha</u> | <u>Complicaciones Significativas</u> |
|------------------|--------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Prueba de Diagnóstico--- Indique cualquier prueba de diagnóstico reciente, angiogramas, ecografías o radiografías:

| <u>Nombre de la prueba/radiografía</u> | <u>Fecha</u> | <u>Realizada Donde</u> |
|--|--------------|------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Revisión de Síntomas: Marque cualquier condición o síntoma que haya experimentado:

| | | | |
|-----------------------------------|--|--------------------------------|------------------------|
| Diabetes | Dolor/debilidad en piernas/brazos | Hormigueo/Entumecimiento | |
| Dolor de Pecho | hinchazón en pies/piernas | Dolor abdominal | Pérdida de peso |
| Disminución de la audición | Dolor de espalda/dolor en las articulaciones | Fatiga | |
| visión borrosa | Dolores de Cabeza | Moretones/Sangrando fácilmente | Dificultad para orinar |
| Accidente cerebrovascular/ACV/AIT | Mala curación | Marcapasos | Mareos/Desmayos |

SANTA BARBARA/VENTURA COUNTY VASCULAR SPECIALISTS REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPAA

Acuerdo de Autorización/Autorización para compartir información de salud protegida para tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Medica.

Yo _____ (su nombre) entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y planes para atención o tratamiento futuros. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para plantificar mi atención y tratamiento médica;
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi atención medica;
- Una fuente de información para aplicar mi diagnostico e información quirúrgica a mi factura;
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados realmente se proporcionaron;
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.
- Yo entiendo que, como parte de mi atención y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información médica protegida a otra entidad de cobertura. Yo, tengo derecho a revisar el aviso de este centro antes de firmar esta autorización. Yo autorizo compartir la información de salud protegida como se especifica anteriormente para el propósito de las partes designadas para/por mí.
- Una copia fue proporcionada del Aviso de Practicas de Privacidad que brinda una descripción mas completa de los usos y pólizas.

Acuerdo de Consentimiento/Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Medica.

Yo entiendo lo siguiente:

- Esta centro se reserve el derecho de cambiar el aviso y las practicas y antes de la implementación enviara por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si así lo solicita.
- Tengo derecho a solicitar restricciones sobre como se puede usar o divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y que este centro no esta obligado por ley a aceptar las restricciones solicitadas.
- Yo puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que este centro ya haya tomado medidas al respecto.
- El procedimiento de este centro es compartir información de salud protegida con laboratorios, radiografías, médicos consultores y hospitales. Llamaremos a la farmacia de su elección con respecto a sus recetas. Solo intercambiaremos la información de salud protegida mínima necesaria para cada transacción.

Recibo del Aviso de practicas de privacidad Formulario de acuse de recibo por escrito Acuse de recibo del Aviso de practicas de información.

Yo, _____, (su nombre) entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnosticó, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuros. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de este centro proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Yo entiendo que:

- Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de este centro antes de firmar este reconocimiento;
- Este centro se reserve al derecho de cambiar su Aviso de practicas de privacidad y, antes de la implementación de esto, enviara por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si así lo solicita.

Nombre del Paciente o Representante Legal _____

Firma del Paciente o Representante Legal _____ **Fecha:** _____

Personal del Centro:

Firma del testigo (Empleado) _____ **Fecha:** _____

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DE REPRESENTANTE PERSONAL PARA AUTORIZACION
MEDICA**

Yo, autorizo a este centro a hablar con los siguientes familiares o mi representante personal (marque uno)

Toda la información médica, incluye, los registros relacionados con exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturación, radiografías e informes de antecedentes, resultados de laboratorio, informes de admisiones y altas, registros de tratamientos, diagnósticos y pronósticos y registros, notas de enfermeras y médicos, y cualquier otra información no medica en mi expediente.

Solo los siguientes tipos de informacion:

La información médica anterior solo se compartirá con las siguientes personas:

Miembro de la Familia/Representante Personal

Relación

Yo entiendo que puedo cancelar este formulario de autorización médica. Debo notificar a este centro o al personal por escrito sobre la terminación y la fecha de terminación.

Esta autorización seguirá siendo válida (marque uno)

Hasta que sea revocado por escrito.

Fecha _____, 20____

Yo sé que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo.

Nombre del Paciente o Representante Legal _____

Firma del Paciente o Representante Legal _____

Fecha: _____