

## New Patient Registration / Registro de paciente nuevo

Patient Name / Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Address / Dirección: \_\_\_\_\_ City / Ciudad: \_\_\_\_\_

State / Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code / Código postal: \_\_\_\_\_

Phone Number (Cell) / Número de teléfono (celular): \_\_\_\_\_

Phone Number (Home) / Número de teléfono (hogar): \_\_\_\_\_

Email Address / Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Preferred Name / Nombre preferido: \_\_\_\_\_

### Contact me by (check all that apply) / Contácteme por (marque todo lo que corresponda)

Phone/Teléfono  SMS Text/Mensaje de Texto  E-mail

*I acknowledge by choosing any of the above options, I give Complex Vein and Vascular authorization to contact me via the selected method(s).*

*Reconozco al elegir cualquiera de las opciones anteriores, doy autorización a Complex Vein and Vascular para contactarme a través del(los) método(s) seleccionado(s).*

**Ethnicity/Origen étnico:**  Hispanic or Latino/Hispano o latino  Not Hispanic or Latino/No hispano o latino

**Race/Raza:**  Asian/ Asiático  Black or African American/Negro o Afroamericano  Hispanic/Hispano  Native Hawaiian or Other Pacific Islander/Nativo Hawaiano u Otro Isleño del Pacífico  White/Blanco  Other/Otro

**Sex/Sexo:**  Male/Masculino  Female/Femenino

**Marital Status/Estado civil:**  Married/ Casado  Single/Soltero  Divorced/Divorciado  Widowed/Viudo

### Primary Insurance Information/ Información de seguro primario

Name of Policy Holder/Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Insurance Company/Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID Number/Número de identificación: \_\_\_\_\_ Group Number/ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

**Secondary Insurance Information / Información de Seguro Secundario**

Name of Policy Holder/Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Insurance Company/Compañía de seguros: \_\_\_\_\_

ID Number/Número de identificación: \_\_\_\_\_ Group Number/ Número de grupo: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_

State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

**Responsible Person (if patient is under 18) / Persona responsable (si el paciente es menor de 18 años)**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_

Date of Birth/Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient/Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

Phone Number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**Employment Information / Información del trabajo**

Employer/Empleador: \_\_\_\_\_ Occupation/ Ocupación: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

Employment Status/Situación laboral:  Employed/Estudiante  Student/Empleado  Other/Otro

**Emergency Contact / Contacto de emergencia**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone Number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

Relationship to Patient Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Pharmacy / Farmacia**

Name/Nombre: \_\_\_\_\_ Phone Number/Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_ City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_

Zip Code/Código postal: \_\_\_\_\_

**How Did You Hear About Us? / ¿Cómo se enteró de nosotros?**

- Searched Online/Búsqueda en internet
- Social Media/Redes sociales
- Flyer/Folleto
- Advertisement/Publicidad
- Online Reviews/Reseñas en línea
- Event/Evento
- Insurance Company Website/Sitio web de la compañía de seguros
- HR Department/Departamento de RRHH
- Drove by and saw location/Conduje y vi la ubicación
- Existing Patient Referral/Referencia de pacientes

existentes: \_\_\_\_\_

Provider/Physician/Employee Referral Referencia de Proveedor/Médico/Empleado: \_\_\_\_\_

Complex Vein and Vascular Employee/ Empleado de Complex Vein and Vascular: \_\_\_\_\_

Other/Otro: \_\_\_\_\_

# Historial médico del paciente / Patient Medical History



Nombre/Name: \_\_\_\_\_ Fecha/Date: \_\_\_\_\_

**Please circle any illness or condition you have been formally diagnosed with:**

**Favor de circular cualquier enfermedad o afección que se le haya diagnosticado formalmente:**

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Anemia / Anemia                                   | Artritis / Arthritis                       | Aneurisma arterial / Arterial Aneurysm         | Cáncer / Cancer  |
| Diabetes tipo 1 / Diabetes Type 1                 | Diabetes tipo II / Diabetes Type II        | Dolor de espalda, crónico / Back pain, chronic | TVP / DVT  |
| Reflujo gastroesofágico / Gastroesophageal Reflux | Colesterol alto / High Cholesterol         | Enfermedad diverticular / Diverticular disease | Enfermedad renal / Kidney disease                            |
| Cardiopatía / Heart disease                       | Osteoporosis / Osteoporosis                | Hipertensión arterial / High blood pressure    | Enfermedad arterial periférica / Peripheral Arterial Disease |
| Disfunción tiroidea / Thyroid Dysfunction         | Artritis reumatoide / Rheumatoid arthritis | Osteopenia / Osteopenia                        | Accidente cerebrovascular / Stroke                           |
| Tobacco use / Tabaquismo                          | Varices / Varicose veins                   | Trastorno convulsivo / Seizure disorder        |  |
|   |  | Insuficiencia venosa / Venous insufficiency    |  |

**Please list any operations performed below:**

**Por favor anote cualquier operación realizada:**

Nombre de operación / Name of Operation	Ubicación de operación / Location of Operation	Año realización / Year Performed

**Please list any and all hospitalizations below:**

**Por favor anote todas y cada una de sus hospitalizaciones:**

Motivo de hospitalización / Reason for Hospitalization	Ubicación de hospitalización / Location of Hospitalization	Año de ingreso / Year of Admission

Historia Familiar: / Family History:			
¿Hay alguna historia en su familia de lo siguiente?	Yes	No	Familiar(es) afectado(s) / Affected relative(s)
¿Hipertensión arterial? / High Blood Pressure?			
¿Diabetes? / Diabetes?			

¿Enfermedad renal? Kidney disease?			
¿Enfermedad vascular? Vascular disease?			
¿Otras? Cáncer, etc. Other? Cancer, etc.			

**Historia Social / Social History:**

**Uso de tabaco / Tobacco Use:**  Actualmente / Current  Antes / Former  Nunca fumador / Never Smoker

**Uso de alcohol / Alcohol Use:**  Ninguno / None  Diario / Daily  Semanal / Weekly  Mensual / Monthly

**Uso de drogas: / Drug Use:** Have you ever used any intravenous drugs?  Si / Yes  No / No

**Medications:** Please include over the counter meds.

**Medicamentos:** Por favor, incluya los medicamentos de venta libre.

**Allergies:** Are you allergic to any medications?

**Alergias:** ¿Es alérgico a algún medicamento?

Yes  No

En caso afirmativo, indique a qué es alérgico / If yes, what are you allergic to? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y dosis / Name and Strength	Con qué frecuencia / How Often

## Revisión de sistemas / Review of Systems

Please circle any and all symptoms you or your loved one are currently experiencing in the last 3 months:

Marque con un círculo todos y cada uno de los síntomas que usted o su ser querido estén experimentando actualmente desde los últimos 3 meses:

**General / Constitucional (General / Constitutional):** cambio en el apetito (change in appetite), fatiga (fatigue), fiebre (fever), érdida de peso (weight loss).

**Respiratorio (Respiratory):** tos (cough), hemoptisis (hemoptysis), dificultad para respirar con el esfuerzo (shortness of breath with exertion), sibilancias (wheezing).

**Cardiovasculares (Cardiovascular):** dolor torácico, (chest pain), dolor en las piernas al caminar (pain in legs with walking), dificultad para acostarse (difficulty laying flat), mareo (dizziness), disnea de esfuerzo (dyspnea on exertion), acumulación de líquido en las piernas (fluid accumulation in the legs), hipertensión arterial (high blood pressure), latido irregular del corazón (irregular heartbeat), dificultad para respirar por la noche (difficulty breathing at night), palpitaciones (palpitations), falta de aliento (shortness of breath), hinchazón de manos/pies (swelling in hands / feet).

**Gastrointestinales (Gastrointestinal):** dolor abdominal (abdominal pain), sangre en las heces (blood in stool), cambio en los hábitos intestinalis (change in bowel habits), disminución del apetito (decreased appetite), diarrea (diarrea), náuseas (nausea), vómitos (vomiting).

**Hematología / Hematology:** facilidad para la aparición de hematomas (easy bruising), antecedentes de cáncer (history of cancer).

**Genitourinario / Genitourinary:** sangre en la orina (blood in the urine), micción frecuente (frequent urination), micción dolorosa (painful urination), incontinencia (incontinence)

**Musculoesquelético / Musculoskeletal:** artritis (arthritis) / artralgia (arthralgia), dolores musculares (muscle aches), articulaciones dolorosas (painful joints), articulaciones hinchadas (swollen joints), debilidad (weakness), problemas de espalda (back problems)

**Vascular periférico / Peripheral Vascular:** palidez de la piel (blanching of skin), extremidades frías (cold extremities), disminución de la sensibilidad en las extremidades (decreased sensation in extremities)

**Podología / Podiatric:** dolor en los pies (foot pain), dolor en la planta del pie (sole pain), dolor en las piernas (leg pain)

**Piel / Skin:** cambio de pigmentación (change in pigmentation), úlceras en los pies (foot ulcers), erupción cutánea (rash)

**Neurológico / Neurologic:** dificultad para mantener el equilibrio (balance difficulty), dificultad para hablar (difficulty speaking), desmayo (fainting), anomalía de la marcha (gait abnormality), pérdida de uso de una extremidad (loss of use of extremity), pérdida transitoria de visión (transient loss of vision), accidente cerebrovascular (stroke).

## Consentimiento de HIPAA y Consentimiento para tratar

Doy mi consentimiento de forma voluntaria para recibir servicios médicos y de atención médica que pueden incluir exámenes y tratamientos de procedimientos de diagnóstico.

## Consentimiento para obtener el historial de recetas

Este formulario de consentimiento autoriza a Complex Vein and Vascular a obtener y revisar mi historial de recetas. El historial detallado de recetas le brinda a su médico información sobre los medicamentos recetados por otros proveedores involucrados en su atención médica. Esta información mejorará la precisión de nuestra lista de medicamentos en su cuadro médico y disminuirá cualquier reacción adversa a los medicamentos o información inexacta sobre los medicamentos, como los nombres o las dosis de los medicamentos.

Al firmar este formulario de consentimiento, usted acepta que Complex Vein and Vascular puede solicitar y usar su historial de medicamentos recetados de otros proveedores de atención médica, farmacias y pagadores de beneficios (como su compañía de seguros) para fines de tratamiento.

Entendiendo lo anterior, por la presente doy mi consentimiento informado a Complex Vein and Vascular para solicitar, ver y usar mi historial de recetas externas con fines de tratamiento.

## Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico

He examinado esta Notificación de las Prácticas de Privacidad de esta oficina, la cual explica cómo mi información médica será usada y revelada. Entiendo que puedo solicitar una copia de este aviso en cualquier momento. Tengo derecho a revisar el aviso antes de firmar este consentimiento. He tenido la oportunidad de recibir y revisar el Aviso de Prácticas de Privacidad de Complex Vein and Vascular.

## Contactos HIPAA Aprobados – Divulgación de Información de Salud

Mantener la información privada es importante para nosotros y, por defecto, solo divulgaremos información relacionada con la Cuenta de facturación y las Condiciones médicas del paciente, al paciente o tutor legal. Tenga en cuenta que, para compartir información de salud protegida con su cónyuge, deben estar registrado como un contacto aprobado.

Los siguientes nombres son personas en las que me gustaría estar involucrado o que tengan acceso a mi información médica protegida de forma rutinaria. Doy permiso para que Complex Vein and Vascular comparta mi información médica protegida con:

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

## Consentimiento y acuerdo

He revisado cuidadosamente este documento y acepto cumplir plenamente con las pautas definidas en este documento relacionadas con la Asignación de Beneficios, la Política Financiera, la Política de HIPAA y los contactos aprobados de HIPAA. La duración de esta autorización es indefinida a menos que se revoque lo contrario por escrito. Entiendo que las solicitudes de información médica de personas que no están registradas en este formulario requerirán mi autorización específica antes de la divulgación de cualquier información médica personal.

**Nombre del paciente:** \_\_\_\_\_ **FDN del paciente:** \_\_\_\_\_

**Firma del paciente, padre o tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_



## **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS**

12740 HILLCREST ROAD, SUITE 272  
DALLAS, TX 75230  
475 ELM STREET, SUITE 201  
LEWISVILLE, TX 75075  
TELÉFONO: 469-780-2300 FAX: 469-780-2301

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA QUE EL MÉDICO UTILICE O DIVULGUE INFORMACIÓN SOBRE SU ATENCIÓN MÉDICA CON FINES DE TRATAMIENTO, PAGO Y ATENCIÓN MÉDICA.**

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL:** \_\_\_\_\_

**PARA AUTORIZAR LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA A OTRA PERSONA QUE NO SEA EL PACIENTE, ESCRIBA EL NOMBRE DE LA PERSONA A CONTINUACIÓN: (POR EJEMPLO, FAMILIAR, CUIDADOR)**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE MI INFORMACIÓN MÉDICA ES PRIVADA Y CONFIDENCIAL. ENTIENDO QUE **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** TRABAJA MUY DURO PARA PROTEGER MI PRIVACIDAD Y PRESERVAR LA CONFIDENCIALIDAD DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL.

ENTIENDO QUE LA FIRMA DE ESTE DOCUMENTO SIGNIFICA QUE **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** PUEDE UTILIZAR Y DIVULGAR MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL PARA AYUDAR A PROPORCIONARME ATENCIÓN MÉDICA, PARA GESTIONAR LA FACTURACIÓN Y EL PAGO, Y PARA OCUPARSE DE OTRAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. EL HECHO DE NO FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO PUEDE TENER COMO CONSECUENCIA QUE EL MÉDICO SE NIEGUE A TRATARME.

DE ACUERDO CON LOS TÉRMINOS DE ESTE CONSENTIMIENTO, PUEDO SOLICITAR A **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** QUE RESTRINJA LA FORMA EN QUE SE UTILIZA O DIVULGA MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL PARA LLEVAR A CABO EL TRATAMIENTO, EL PAGO O LAS OPERACIONES DE ATENCIÓN MÉDICA. ENTIENDO QUE **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** NO TIENE QUE ESTAR DE ACUERDO CON MI SOLICITUD. SI ACCEDE A MI SOLICITUD, ENTIENDO QUE RESPETARÁ LOS LÍMITES ACORDADOS.

ENTIENDO QUE TENGO DERECHO A CANCELAR ESTE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. SI CANCELO EL CONSENTIMIENTO, ENTIENDO QUE **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** PUEDE HABER UTILIZADO O REVELADO YA INFORMACIÓN SOBRE MÍ Y QUE LA CANCELACIÓN DE ESTE CONSENTIMIENTO NO AFECTARÍA A LA INFORMACIÓN YA UTILIZADA O REVELADA.

**PUEDO REVOCAR ESTE CONSENTIMIENTO EN CUALQUIER MOMENTO HACIENDO LO SIGUIENTE:**

ESCRIBIENDO, FIRMANDO Y FECHANDO UNA CARTA A **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** EN LA QUE DIGA QUE DESEO REVOCAR MI CONSENTIMIENTO PARA AUTORIZAR EL USO Y LA DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PERSONAL PARA TRATAMIENTOS, PAGOS Y OPCIONES DE ATENCIÓN MÉDICA.

ENTIENDO QUE SI CANCELO ESTE CONSENTIMIENTO, **COMPLEX VEIN AND VASCULAR SPECIALISTS** NO ESTARÁ OBLIGADO A PRESTARME MÁS SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

MI FIRMA A CONTINUACIÓN INDICA QUE ESTOY DE ACUERDO CON LAS POLÍTICAS DESCRITAS EN ESTE DOCUMENTO Y TODAS LAS DECLARACIONES HECHAS EN ÉL.

---

**FIRMA DEL PACIENTE O DEL INDIVIDUO AUTORIZADO LEGALMENTE**

---

**FECHA**

---

**PARENTESCO CON EL PACIENTE SI LO FIRMA OTRA PERSONA (PADRE, TUTOR LEGAL, REPRESENTANTE PERSONAL, ETC.)**

## Políticas Financieras y de Oficina

Las siguientes son nuestras Políticas Financieras y de Oficina. Por favor lea, escriba sus iniciales a la izquierda, firme en la parte inferior y devuélvalo al representante de la oficina principal. Pregunte cualquier duda que tenga en este momento.

Escriba sus  
iniciales a

continuación

\_\_\_\_\_ **Responsabilidad del paciente:** Participamos en muchos planes de seguro. Le recomendamos que se familiarice con los beneficios de su seguro y confirme nuestra participación con su plan. La mayoría de los malentendidos sobre el seguro se pueden evitar si usted entiende lo que cubre su póliza. Por favor, póngase en contacto con su compañía de seguros con cualquier pregunta que tenga sobre su cobertura. Presentaremos sus reclamos y lo ayudaremos de cualquier manera que podamos razonablemente para ayudar a que se paguen sus reclamos.

\_\_\_\_\_ **Compañías de seguros que requieren referencia:** Si usted es referido a otro especialista y su compañía de seguros requiere un número de referencia, nuestra oficina debe tener al menos un aviso de 48 horas para completar esa referencia.

\_\_\_\_\_ **Comprobante de seguro:** Todos los pacientes deben completar nuestro formulario de información del paciente antes de ver al médico. Debemos obtener una copia de su identificación válida emitida por el gobierno y una tarjeta de seguro vigente y válida. Por favor traiga estos artículos con usted en cada visita. Se requiere el pago completo si no podemos verificar su información de seguro actual.

\_\_\_\_\_ **Pagos adeudados en el momento del servicio:** Copago, deducible, coaseguro

\_\_\_\_\_ **Falta de pago y cheques devueltos:** Las cuentas no pagadas se remitirán a una agencia de cobro externa y podrían resultar en el despido de la práctica. Habrá una tarifa de 30 \$ para todos los cheques devueltos.

\_\_\_\_\_ **Retrasos:** Por favor, llegue 15 minutos antes de su cita. Si llega tarde a su cita, es posible que nuestra oficina tenga que reprogramar su cita para una nueva hora o fecha.

\_\_\_\_\_ **Inasistencia:** Notifíquenos con 24 horas de anticipación por teléfono o portal seguro si debe cancelar o cambiar la hora de su cita. **No hacerlo resultará en una tarifa de inasistencia que no está cubierta por su seguro. Una tercera inasistencia puede resultar en el despido de la práctica.**

- Notifíquenos con 48 horas de antelación por teléfono si debe cancelar o cambiar la hora de su cita. **No hacerlo resultará en una tarifa de inasistencia que no está cubierta por su seguro.**
- **Inasistencia tarifas:** visita de oficina = \$35 procedimiento de vena = \$100 pruebas vasculares = \$100 cirugía = \$200

\_\_\_\_\_ **Referencias:** Los proveedores de Complex Vein and Vascular le informarán que, en algún momento, usted, el paciente, puede ser referido a proveedores en los que un médico o médicos de esta práctica recibirían una remuneración por la atención médica y los servicios prestados. Es la opción del paciente para recibir servicios de salud auxiliares de cualquier proveedor de atención médica auxiliar o centro de su elección.

\_\_\_\_\_ **Cumplimentación de formularios:** Todos los formularios que requieren revisión médica y firma del médico, incluidas las autorizaciones previas, FMLA, discapacidad u otros documentos, pueden estar sujetos a una tarifa administrativa de 25 \$. Se puede renunciar a los honorarios administrativos si el paciente tiene una cita programada junto con la cumplimentación de los formularios.

\_\_\_\_\_ **Política:** He leído y entiendo las Políticas Financieras y de Oficina de Complex Vein and Vascular y acepto cumplir con sus pautas.

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

