

Vein Care Solutions
 4401 Coit Rd Medical Pavilion I Suite 401
 Frisco, TX 75035

PATIENT INFORMATION

	Empleo:
Numero Social#:	Direccion de Empleo:
Nombre:	Cuidad de Empleo:
Domicilio Uno:	Estado: Zip:
	Email:
Ciudad:	
Estado: Zip:	Medico quien lo Refrerio:
Telefono de Casa:	Medico Principal:
Telefono de Trabajo:	Estado de Matrimonio:
Telefono Movil:	Empleado: de Planta / Temporal / Deuno
Sexo:	Sin Empleo / Retirado / Militar
Fecha de Nacimiento:	Estudiante: de Planta /Temporal
Referido Por: Allen Image, Internet, Insurance (Seguro, Frisco Style Magazine, Living Magazine McKinney Magazine, Vein Directory, VNUS website, Centennial Medical Center, Por Boca de Otros.	

Informacion de Emergencia

Nombre:	Telefono de Casa:
Domicilio Uno:	Telefono de Trabajo:
Domicilio Dos:	Telefono Movil:
Ciudad:	Parentesco Al Paciente:
Estado: Zip:	

Informacion de Seguro

Seguro Primario:	Seguro Secundario:
Co-Paga:	Co-Paga:
Suscriptor:	Suscriptor:
No de Identificacion:	No de Identificacion:
Numero Social Suscriptor:	Numero Social Suscriptor:
Fecha de Nacimiento del Suscriptor:	Fecha de Nacimiento del Suscriptor:
Numero de Grupo:	Numero de Grupo:
Nombre de Grupo:	Nombre de Grupo:
Telefono de Seguro:	Telefono de Seguro:

Firma de Paciene: _____ **Fecha:** _____

****Favor de leer y ponga su Inicial en cada parrafo****

_____ Vein Care Solutions y asociados medicos estan dispuestas a cuidar y procteger su informacion privada de su salud. Con su inprenta, usted reconoce esta noticia.

_____ Yo pidoque pago autorizado de Medicare yotros beneficios de seguros se hagande mi parte a Vein Care Solutions por los servicos a mi por los asociado conteste grupo. Yo autirizo informacion medica tocantea mi se de a Health Care Financing Administration y sus agentes o compania de seguro que sea necesaria para que se pagen hechos servicias.

_____ Yo autorizo Vein Care Solutions que me represente si nay un inconviniente con mi seguro tocante servicios o pago.

_____ Solo que yo pida lo cpntrario en escrito, yo aceptare aviso de citas ak telefono de mi casa y/o targtas recordando cita por correo loque sea la practica de esta oficina.

_____ Nuestra Oficina tiene el derecho de cobrar cancelacion tarde o no cumplir con la cita. Si no recibimos aviso de cancelacion con 24 horas de la cita podremoscobrar \$50.00.

Responsabilidad Financial del Paciente

Para poder mantener los gastos mas bajos es muy importante tener un buen entendimiento con nuestros pacientes tocantes la responisbilidad financiera. Esperamos que esta informacion le se util. Le pidimos que discuta y nos haga preguntas sobre esto.

Estamos interados que tiene cobertura de salud con:

- Si tiene beneficios fuera de cobertura congusto lo haremos para usted.
- Debe pagar co-pago y pagos debidos al recibir servicio, solo que ya tenga otro entendimiento con la oficina.
- El resto de su cuenta sera enviado a su plan de salud para que se haga pago directo a esta oficina.
- Si su seguro no paga nuestra cuenta dentro 45 dias, nosotros esperamos su pago.
- En caso de eror, sis u seguro de salud le enia el pago, favor de enviarlo a nosotros con todos los documentos que acompananron el pago.
- Usted sera responsable por saldos y otros servicios que no sern cubridos por su plan de seguro.
- Su plan de salud podra negarse pago por las siguientesrazones:
 - 1) Esto es una condicion de tiempo pasado que noes cubierto por su plan
 - 2) Usted no ha cumplido con su ano calendario deducible
 - 3) El tipo de servicio medico requerido no es cubrido por su plan
 - 4) El plan de salud no estaba en efecto al tiempo de servicio
 - 5) Pueda ser que tenga otro seguro que se debe atehder primero

Por favor comprenda que la responsabilidad de pago por sevicios medicos queda entre usted y su plan de salud. En cuanto nosotros con gusto comunicaremos de su parte a su seguro no somos responsables por los limites impuestos por su plan. Si su plan de salud no cubre o' nega este servicio por esta o' otras razones, nuestra oficina no puede ser responsable por esta cuenta. En su responsabilidad comopaciente pagarlos saldos en completo.

Nuestra mision es darle cuidadomedico de calidad al costo mejor. Juntos estamos dispuestos a adaptarnos a los cambios de cuidio de salud y manera financiera. De Nuevo, lo apreciamos como paciente y nuestra intencion principal es ofrecerle lo mayor de nuestro servicio. Con esta informacion terminamos y sera' unplacer servirle.

Sinceramente,
Vein Care Solutions.

He terminado esta forma con inforamacion requerida y he leído y entiendo mis obligaciones. Entiendo que soy completamente responsable condar informacion correcta de seguro, informacion tocante cuenta, pago de servicios ne cubridos o' aprobados por mi seguro.

Firma Paciente

Fecha

Vein Care Solutions
Ana Cecilia Lorenzo, MD FACS, RVT
Telefono: 214-387-4202
Fax: 214-387-4863

Fecha: _____

Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Bajo la direccion federal de privado, HIPAA, impeden a esta oficina revelar informacion medica (PHI) a ninguna persona aparte del paciente. Al firmar este documento nos permite comunicar con individuales tocante se record medico y financiero con esta oficina.

Yo con esta firma autorizo **Vein Care Solutions** revele PHI de mi record medico y financiero a las siguientes persona/personas.

No deseo que nadie de mi familia se intere de mi PHI. Sere yo el unico que se intere de mi PHI.

Nombre: _____ Pariente: _____
Clase de Informacion (circule Uno) Medico Financiera Los Dos

Nombre: _____ Pariente: _____
Clase de Informacion (circule Uno) Medico Financiera Los Dos

Personas Adicionales Nombre detras Si Es Necesario

Esta Autorizacion doy sin reservaciones con el intedimiento que:

1. Puesto revocar eta autorizacion por escrito en cualquier tiempo, pero no retroactive.
2. La oficina, sus empleados, oficiales y doctores estan fuera de responsabilidad legal o' responsabilidad de dar a conoser la informacion que yo he autorizado.

Nombre de Paciente en Latra Impresa: _____

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Firma de Testigo de Vein Care Solutions: _____ Date: _____

Vein Care Solutions

Venous Health History Form

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Edad _____ Sexo _____ Altura _____ Peso _____

Referido Por _____

1. ¿Experimenta usted cualquiera de los siguientes en las piernas?

Dolor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Ardor?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Calambres?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Pesadez?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Comezón?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Palpitante?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Cansancio/Fatiga?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Hinchazón de Tobillo?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda
Erupción/Decoloración?	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Derecha	<input type="checkbox"/> Izquierda

2. Cuantos años ha tenido este problema? _____

3. Alguna vez ha recibido tratamiento para este problema? Si No

Por quien? _____ Cateter? _____

Por el metodo?

Inyección _____ Laser (superficia) _____ Sonda _____ Cirugía _____

4. Alguna vez ha sido tratado por una de las siguiente?

Flebitis (Inflamación de una vena)? Si No Pierna D/I

Embolia Pulmonar/Coagulo de sangre? Si No Pierna D/I

Úlcera de la pierna? Si No Pierna D/I

5. Cuando aparecieron sus venas?

Edad _____ Antes/Después de Embarazo _____ Después de un traumatismo _____

Después de usar píldoras anticonceptivas _____ Después de terapia hormonal _____

6. Ha estado embarazada? Si No

Cuantos Partos? _____

7. Esta usted desarrollando venas nuevas? Si No

8. Se están haciendo más grandes las venas que ya existen? Si No

9. Caminar o ejercicio? Alivie el dolor? Agrave el dolor? Ninguno

10. Toma medicamento para el dolor (aspirina, ibuprofeno, Advil, Motrin o algo similar)

Si (Liste medicamento y dosis) _____ No

Si es así, Cuantos días en un periodo de dos semanas toma esos medicamentos?

0-2 días 3-4 días 5-6 días 7 o más días

No pain	Mild			Moderate		Severe		Excruiting		
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

11. Intesidad de sintoma
(marque uno)

12. Usted eleva sus piernas para aliviar las molestias? Si No
Cuanto tiempo por dia eleva sus piernas? Le proporciona alivio?

13. Usted usa medias de compression recetadas? Si No
Si es asi, que fuerza/gradiente? _____
Cuanto tiempo los ha usado? _____
Iso que proporcionara alivio? Si No

14. En el curso de un dia normal, cuanto tiempo se gasta en las siguietes posiciones? (Marque una)

De Pie:	Sentado/a:
10% del dia _____	10% del dia _____
20% del dia _____	20% del dia _____
30 a 50% del dia _____	30 a 50% del dia _____
Mas de 50% del dia _____	Mas de 50% del dia _____

15. Sus sintomas interfieren con sus actividades diarias? Si No
Cuantas veces durante el dia tiene que sentarse o hacer pausa debido al dolor de pierna, calambre, ardor, comezon, o hinchazon?
 Nunca Una vez por dia 2-3 veces por dia 4 o mas veces por dia

Tiene antecedentes familiares de:

a. Problema de Varices? Si No b. Flebitis/Coagulo de sangre Si No

Quien(es)? _____

Tiene alguna alergia a medicamentos o al latex? Si No

En caso que si, indique _____

Tiene una historia personal de:

Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Alta Presion	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problema de la tiroide	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Transfuciones de sangre	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Inmunologico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hepatitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Desorden sangrante	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Corazon	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Migrana	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro _____	

Por favor liste los medicamentos actuales

Por favor indique cirugias previas y el ano

Firma: _____ Fecha: _____