

14044 W. Camelback Rd. Ste 226, Litchfield Park, AZ 85340
Teléfono 623-233-1050 Fax 623-215-7137

Formulario de Registro del Paciente

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Trabajo: _____ Celular: _____
 Correo Electrónico: _____

Regístrate para recibir el boletín electrónico / actualizaciones de Vein Envy

Sexo: H M Estado Civil : S C D V Fecha de Nacimiento: _____
 Seguro Social #: _____ - _____ - _____

Empleador: _____ Tiempo : Completo Parcial Retirado(a)
 Médico Familiar: _____ Teléfono #: _____
 Médico Referente: _____ Teléfono #: _____
 Contacto de Emergencia: _____

Nombre	Telefono#	Relación
Seguro Primario	Seguro Secundario	
Plan de Seguro: _____	Plan de seguro: _____	
Nombre del titular de la póliza: _____	Nombre: _____	
Fecha de Nacimiento: _____	Fecha de Nacimiento: _____	
Relación al paciente: _____	Relación al paciente: _____	
El plan es: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Copago: \$ _____	El plan es: <input type="checkbox"/> HMO <input type="checkbox"/> PPO Copago: \$ _____	
ID# _____ Grupo # _____	ID# _____ Grupo# _____	

Farmacia Preferida: _____
 Nombre Encrucijada

¿Es el inglés tu idioma principal? Si No Si es No, especifique : _____
 ¿Tiene una directiva avanzada, un testamento vital o un apoderado para la atención médica?
 Yes No
 ¿Tiene creencias o prácticas que puedan afectar la forma en que le enseñamos (por ejemplo, religiosas, culturales o espirituales)? Yes No N/A
 ¿Cómo escuchó sobre nosotros? Referencia Medica Familiar/Amigo Redes Sociales
 Otro: _____

Nombre: _____ Firma : _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

<p>Marque los síntomas que le aplique a usted:</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor/Molestia <input type="checkbox"/> Hemorragias en las Piernas <input type="checkbox"/> Ardor <input type="checkbox"/> Calambres <input type="checkbox"/> Pesadez/Cansancio <input type="checkbox"/> Comezón <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Piernas inquietas <input type="checkbox"/> Venas de araña <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Cambios en el color de la piel <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Palpitos <input type="checkbox"/> Úlcera(s) <input type="checkbox"/> Venas varicosas <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>Severidad en pierna derecha: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Severa</p> <p>Severidad de la pierna izquierda: <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Mod <input type="checkbox"/> Severa</p> <p>Su Ocupación: _____</p> <p>Prolongado: <input type="checkbox"/> Sentado(a) <input type="checkbox"/> Parado(a) <input type="checkbox"/> Ambos</p> <p>¿Cuánto tiempo tiene con el problema en sus piernas? _____</p> <p>Los Síntomas Empeoran: <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Varía Otro _____</p> <p>Actividades en la Vida Diaria Afectadas Adversamente:</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajar <input type="checkbox"/> Tareas <input type="checkbox"/> Cuidar de la familia <input type="checkbox"/> Viajar <input type="checkbox"/> Escaleras <input type="checkbox"/> Levantamiento Pesado <input type="checkbox"/> Compras <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Levantándose de estar sentado <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Jardinería <input type="checkbox"/> Inmovilidad</p> <p>Los Síntomas Empeoran Por</p> <p><input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Sentar/Parar Mucho Tiempo <input type="checkbox"/> Calor <input type="checkbox"/> Baños Calientes <input type="checkbox"/> Premenstrual <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Viajar Otro: _____</p> <p>Los Síntomas Mejoran Con</p> <p><input type="checkbox"/> Medicamento <input type="checkbox"/> Descansar <input type="checkbox"/> Elevar las Piernas <input type="checkbox"/> Masajear las Piernas <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Compresión Otro _____</p> <p>Uso de medias de compresión</p> <p>¿Ha usado medias de compresión? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuánto tiempo? _____</p>	<p>He intentado lo siguiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Elevar <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Bajar de Peso <input type="checkbox"/> Evitar estar sentada/de pie por mucho tiempo <input type="checkbox"/> Remojar en agua tibio/fría <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Medicamentos</p> <p>Síntomas adicionales</p> <p><input type="checkbox"/> Dolor pélvico <input type="checkbox"/> Dolor con el coito <input type="checkbox"/> Dolor de cadera <input type="checkbox"/> Dolor de espalda <input type="checkbox"/> Dolor abdominal inferior</p> <p>Historial Médico Pertinente de las Piernas</p> <p><input type="checkbox"/> Desorden sangrante <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Lesiones <input type="checkbox"/> Coágulos superficiales <input type="checkbox"/> Coágulos profundos <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> Cirugía de cadera/rodilla <input type="checkbox"/> ¿Qué pierna? <input type="checkbox"/> Izquierda <input type="checkbox"/> Derecha Otra _____</p> <p>Tratamiento(s) Previo(s) de venas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Tratamientos _____ Fecha/Lugar _____</p> <p>Condiciones Médicas Anteriores o Actuales Check all that apply to you:</p> <p><input type="checkbox"/> Sin problemas <input type="checkbox"/> Alta Presión Sanguínea <input type="checkbox"/> Colesterol Alto <input type="checkbox"/> Infarto de Miocardio <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> ¿Cáncer, tipo? _____ Otro _____</p> <p>Cirugías Anteriores: <input type="checkbox"/> Ninguna Fechas: _____ _____ _____</p> <p>Historial familiar <input type="checkbox"/> Ninguno</p> <p><input type="checkbox"/> Venas Varicosas <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa profunda <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Cardiopatía Quien: <i>Madre, Padre, Hermana, Hermano, Abuelo</i> Otro _____</p>
---	--

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Marque todo lo que le corresponda:

Caffeina: Nunca Ocasionalmente Diario
 Alcohol: Nunca Anteriormente Diario Social
 Fumar: Nuna Anteriormente
 Deje ___ Meses/Años
 De vez en cuando, con qué frecuencia y cuántas
 _____ Diario, _____ paquete(s) /día

Vacuna Pneumococcal Si No
 Vacuna del Flu Si No

¿Has estado embarazada alguna vez? Sí # _____

¿Es alérgico a algún medicamento?

Si No
 Si es así, ¿a qué? _____
 ¿Cuál es la reacción? _____

Medicamentos: Ninguna

Revisión de sistemas

Síntomas constitucionales Sin Quejas

Calentura Escalofríos Aumento/pérdida de peso

Ojos Sin Quejas

Visión borrosa Visión doble

Oídos, nariz, boca y garganta Sin Quejas

Pérdida de la audición Dolor de oído Mareos
 Dolor de mandíbula Hinchazón del cuello
 Tinnitus

Cardiovascular Sin Quejas

Dolor de pecho Aturdimiento
 Síncope Palpitaciones

Respiratorio Sin Quejas

Tos Disnea Sibilancias

Gastrointestinal Sin Quejas

Dolor abdominal Náusea Diarrea
 Estreñimiento

Genitourinario Sin Quejas

Dolor pélvico Dificultad para orinar
 Dolor genital Presión pélvica

Musculoesquelético Sin Quejas

Dolor de cuello Dolor en las articulaciones
 Calambres musculares

Piel/Senos Sin Quejas

Erupció Dolor en los seno Pérdida de cabello
 Cambio de piel

Neurológico Sin Quejas

Dolores de cabeza Convulsiones Desmayos

Psiquiátrico Sin Quejas

Depresión Ansiedad Exceso de energía
 Insomnio

Endocrino Sin Quejas

Sed excesiva Sensibilidad excesiva al calor/frío

Hematológico Sin Quejas

Anemia Sangrado fácil Fatiga
 Infecciones recurrentes

Inmunológico Sin Quejas

Urticaria Picazón de garganta Enrojecimiento de los ojos Dificultad para tragar

¿Hay algún otro historial médico que debemos tener en cuenta? Por favor explique abajo:

Physician Signature: _____

Patient Name: _____ **DOB:** _____

Medical Practitioner Only -----

Physical Exam: _____

CEAP Clinical Signs: _____

Right Leg

- No Signs of Veins
- Active/Healed Ulcer(s)
- Edema
- Pigmentation
- Varicose Veins
- Spider Veins

Left Leg

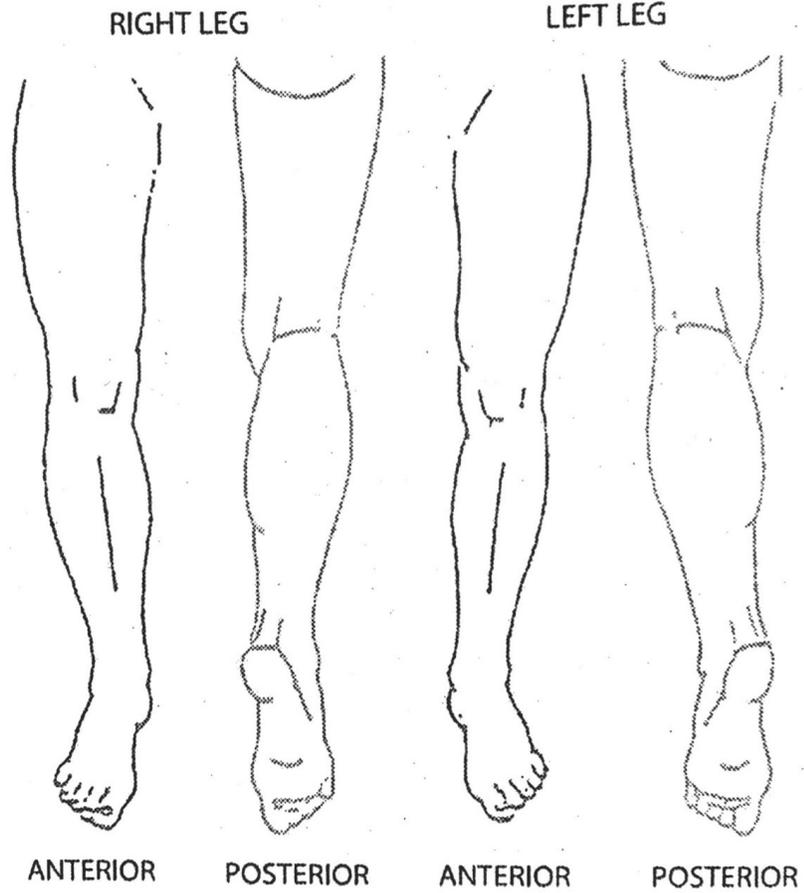
- No Signs of Veins
- Active/Healed Ulcer(s)
- Edema
- Pigmentation
- Varicose Veins
- Spider Veins

Clinical Assessment:

Chronic Venous Insufficiency Leg: Right Left

Treatment Plan:

- Ultrasound
- Compression Stockings
- Sclerotherapy



Póliza financiera de Vein Envy

Gracias por elegir a Vein Envy. **Lea atentamente e inicialice cada declaración y firme a continuación.** Esta póliza se ha implementado para garantizar que se recuperen los pagos financieros adeudados, lo que nos permite continuar brindando atención médica de calidad a nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que los pagos por servicios sean lo más simples y directos posible. Nuestro departamento de facturación estará encantado de analizar estas políticas con usted.

1. _____ Entiendo que si no tengo mi tarjeta de seguro, referencia y/o copagos, mi cita puede ser reprogramada hasta el momento en que pueda proporcionar los documentos o pagos requeridos. También autorizó la asignación de beneficios de mi aseguranza a Vein Envy.
2. _____ Entiendo que si mi cuenta no se paga por completo, mi cuenta será entregada a una compañía de cobros de terceros para su posterior procesamiento y seré responsable de pagar cualquier tarifa de cobranza incurrida por la práctica. Cualquiera de estos cargos se agrega al saldo pendiente adeudado. No se harán citas adicionales para cuentas morosas hasta que se actualicen. Se va requerir una prueba de que su balance está pagado antes de su próxima cita.
3. _____ Entiendo que si no puedo hacer una cita programada, debo comunicarme con Vein Envy al menos **24 horas** antes de la hora programada para mi cita. Si un paciente pierde 2 visitas, Vein Envy se reserva el derecho de discontinuar la relación proveedor-paciente. Se le enviará una carta al paciente notificándose sobre dicho cambio.
4. _____ Es mi responsabilidad proporcionar la información correcta del seguro y notificar a Vein Envy si hay un cambio en la cobertura, residencia o número de teléfono de mi seguro. También es mi responsabilidad proporcionar a mi compañía de seguros cualquier información que pueda solicitarles para procesar un reclamo de servicios. Si el seguro rechaza un reclamo porque no proporcionó la información correcta del seguro o no respondí a las solicitudes de información de manera oportuna. Entiendo que seré financieramente responsable de todos y cada uno de los tratamientos recibidos. Podré pagar en completo o solicitar un plan de pagos.
5. _____ Entiendo que si no me presento a mi cita, o no reprogramo mi cita **24 horas** antes de la hora de la cita, se agregará un cargo de \$50.00 a mi cuenta. Si no me presento para mi procedimiento, se agregará un cargo de \$100.00 a mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad estar al tanto de los horarios de mis citas.
6. _____ He leído y entiendo la Política financiera anterior y estoy de acuerdo en cumplir con sus términos.

Nombre del Paciente

Firma del Paciente/Persona Responsable

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Yo (Nombre del paciente impreso) _____
reconozco que me han ofrecido una copia de “Aviso de prácticas de privacidad” de VEIN ENVY. Este aviso describe cómo Vein Envy puede usar y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que pueda tener con respecto a mi información de salud protegida.

(Firma del Paciente, o Representación Personal)

(Fecha)

(Relación con el paciente)

Consentimiento de divulgación de fotos del paciente

Por la presente autorizo al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y al personal a usar mis fotos para cualquier información contenida en este documento sobre los esfuerzos de relaciones con la oficina. Entiendo y apruebo la divulgación de las fotos y la información a la oficina de Vein Envy. Reconozco que este formulario no le otorga a Vein Envy el permiso legal para publicar mis fotos en ningún medio por ningún motivo.

Entiendo que estoy proporcionando las fotos y la información al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y que mi proveedor de atención médica tratante no proporcionará ninguna información protegida a los medios, incluida la información de salud privada en mis registros médicos, cuya confidencialidad puede ser protegida por los estatutos y reglamentos federales y estatales, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

Autorizo a Vein Envy a tomar fotos de antes y después de mis piernas para mis registros personales con el fin de comparar los resultados de mi tratamiento.

Autorizo a Vein Envy a usar mis fotos para medios / relaciones públicas. Reconozco que mi información personal no estará vinculada al uso de estas fotos de antes y después.

Nombre Impreso: _____ Fecha: _____

Firma del Paciente: _____

Testimonio del paciente, foto, consentimiento de divulgación

Propósito del consentimiento: al firmar este formulario, usted acepta que el Dr. Ryan Jones / Vein Envy use y divulgue sus testimonios, fotos y usted reconoce que pueden distribuirse al público.

Derecho de revocación: tiene derecho a revocar esta liberación en cualquier momento mediante notificación por escrito de su revocación y enviándola a la persona contratada que se detalla a continuación. Por favor, comprenda que la revocación de esta versión no afectará ninguna acción que el Dr. Ryan Jones / Vein Envy haya tomado en dependencia de esta versión antes de su revocación.

Consentimiento para Liberación

Por la presente autorizo al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y al personal a usar mi testimonio, fotos y cualquier información contenida en este documento para sus esfuerzos de relaciones públicas/ medios. Entiendo y apruebo la divulgación del testimonio, la foto y la información a los medios y otras personas y entidades que puedan estar involucradas en los esfuerzos de relaciones públicas/ medios de comunicación del Dr. Ryan Jones / Vein Envy.

Entiendo que estoy proporcionando el testimonio, la foto y la información al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y que mi proveedor de atención médica tratante no proporcionará ninguna información protegida a los medios, incluida la información de salud privada en mis registros médicos, cuya confidencialidad puede estar protegida por los estatutos y reglamentos federales y estatales, incluida la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA).

Renuncio al derecho de aprobación previa y por la presente libero al Dr. Ryan Jones / Vein Envy de cualquier reclamo por daños y perjuicios de cualquier tipo basado en el uso de mi testimonio, fotografía o información en el testimonio. Al firmar a continuación, acepto y reconozco que he leído y comprendido la versión anterior y acepto todos los términos descritos. Soy mayor de edad y firmó libremente este consentimiento para divulgar mi testimonio del paciente y otros medios que le proporcione al médico.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____