Hamilton Vascular

Como se enteró de nosotros?

☐ médico de referencia: _____ ☐ anuncio de periódico:_____
☐ anuncio de revista: _____ ☐ programa de noticias: _____
☐ amigo/familiar*:_____ *¿Podemos utilizar esta información para darles las gracias? Si ___ No___
☐ anuncio de radio (especificar):_____ ☐ Búsqueda Web
☐ sitio Web (www.hamiltonvein.com) ☐ anuncios televisivos (porfavor especificar):
☐ Otro:_____ _____

I. Información del paciente:

Apellido:_____ Nombre:_____
Fecha de nacimiento:_____Sexo:___ Seguro Social#: _____
Dirección:_____ C.P.:____Ciudad:_____ Estado:_____
Teléfono#_____ Trabajo#_____ Celular#_____
E-mail*: _____ Mejor contacto: casa / trabajo / celular / e-mail
Estado civil: _____Idioma:_____ Raza:_____ Grupo Etnico: _____
Empleador: _____Tipo de empleo: _____

*Al proporcionar su dirección de correo electrónico, usted acepta recibir actualizaciones, noticias e información general de Hamilton Vein Center. Respetamos su derecho a la privacidad y no compartiremos su información.

II. Información de la parte responsable: **(complete solo si es diferente al paciente)**

Nombre del garante: _____ Relación con el paciente: _____
Fecha de nacimiento:_____Sexo:___ Seguro Social#: _____
Teléfono#_____ Trabajo#_____ Celular#_____

III. Información de la Aseguranza médica:

(Primaria) (Secundaria)_____
Compañia:_____ Compañia:_____
ID#:_____ ID#:_____
Grupo #:_____ Grupo #:_____
Nombre del Garante:_____ Nombre del Garante:_____
Fecha de nacimiento del garante:_____ Fecha de nacimiento del garante:_____
Seguro Social:_____ Seguro Social:_____
Empleador:_____ Empleador:_____

IV. Autorización de la Aseguranza y divulgación de información:

Autorizo al Instituto Hamilton a dar cualquier informac ón adquirida durante el transcurso de mi examen o tratamiento. Soy conciente que el Instituto Hamilton submitira las cuentas por los servicios medicos a mi nom bre, y yo pago directament al Instituto Hamilton por los beneficios medicos. Esta autorización es valida mientras sea paciente del Instituto.

_____
Firma del paciente Fecha

Entiendo que soy responsable por los gastos medicos no pagados por la aseguranza o una tercera parte, y que puedo incurrir en gastos de recolección y de abogados por gastos no pagados a tiempo.

_____
Firma del garante (si es diferente al paciente) Fecha

Hamilton Vascular

Nombre del Paciente: _____ Edad: _____

Medico de atencion primaria:_____

Medico que lo referencio:_____

Farmacia:_____ Numero de farmacia: (_____)_____-_____

Historial Vascular

Marque una "x" si usted tiene cualquiera de los siguientes en las piernas:

__Venas de Araña
__Venas moradas
__Ulceras/ heridas abietas
__Venas Abdominales
__Venas Abultadas
__Muestra descoloracion de la piel abajo de la rodilla
__ Diagnostico de enfermedad de las venas
__ Otros:_____

¿Años con varices/venas de araña?_____

¿Años con ulceras/ heridas abiertas?_____

Marque una "x" si usted tiene cualquiera de los sigientes:

__Dolor
__Se Inquietan
__ Ardor
__Inflamacion
__Cambio de color en los tobillos
__Pesadez
__Sangrando de las venas
__Hinchazon
__Calambres
__Comezon
__Dolor Pelvico
__Otros_____

Por favor, indique todos los factores que **empeoran la molestia** en las piernas:

__Estar de pie por largo tiempo
__Estar sentado por largo tiempo
__Embarazo
__Hacer Ejercicio
__Durante su ciclo menstrual
__Sensible al Tacto
__ Otros:_____
_____

Por favor, indique todos los metodos que haya usado para **aliviar su molestia** en la pierna:

__No molestias
__Medias de compresion
__Ejercicio
__Elevacion de pierna
__Medicamentos para el dolor
__Compresas calientes
__ Compresas frias
__Masaje
__Otros:_____
_____

Hamilton Vascular

¿Ha usado las medias de compresion? Si ☐ No☐

- ¿Si es asi, Quien se las receto? _____
- ¿Cuando? _____ ¿Por cuanto tiempo? _____

¿Ha recibido tratamiento de las venas de sus piernas en le pasado? Si☐ No ☐

¿Por quien? _____ ¿Cuando? _____

Si es asi, ¿Que metodo?:

__Inyecciones Guiadas por ultrasonido
__Inyecciones cosmeticas (venas de araña)
__Ablacion endovenosa con caterer de laser
__Flebectomia Ambulatoria
__Ablacion endovenosa con caterer de radiofrequencia
__Ligadura de la vena
__Laser para las venas de araña
__Venas removidas con cirugia
__Desconocido
__ Otros:_____

¿Cual era el resultado?

_____

¿Que es lo que le gustaria corregir de sus piernas?_____

Medicamento Actual:

Alergias a medicamento:	**Reaccion:**

Historial Medico

Place an "x" if you have any of the following medical illnesses:

__EPOC
__VIH O SIDA
__Artritis
__Asma
__Abertura en el corazon
__Transtomo de sangramiento/Coagulacion
__Cancer
__Hepatitis B
__Hepatitis C
__Coagulacion en las venas profundas de las piernas
__Depresion
__Diabetes
__Dialisis
__Tumores Fibroides
__Ataque del corazon
__Presion Alta
__Aneurisma
__Coagulo en los pulmones
__Migraña
__Colesterol alto
__Problemas renales/riñon
__Lupus
__Ataque Cerebrovascular
__Enfermedad de la tiroides
__Tranfusiones de Sangre

Hamilton Vascular

Por favor indique cualquier cirugia que haya tenido y cuando:

¿Tiene usted historia en su **Familia** de venas varicosas o venas de araña?

__Madre __Padre __Abuelos paternos
__Hermanos/Hermanas __Hijos/hijas __Abuelos maternos

Solo para mujeres

¿Esta embarazada o planea quedar embarazada pronto? Si☐ No ☐

¿Esta actualmente mamando? Si ☐ No ☐

¿Tiene mas molestias en las piernas durante o alrededor de su ciclo menstrual? Si ☐ No ☐

Numero de hijos_____ Numero de abortos involuntarios_____

Historia Social

Ocupacion:_____

¿Sus actividades diarias requieren periodos prolongados de pie? Si ☐ No ☐

- Si es asi, ¿que actividades require de periodos prolongados de pie?

  _____

¿Utiliza o ha utilizado alguna vez el tabaco? Si ☐ No ☐ Paquetes por semana_____

- Cuando paro de fumar, en su caso _____

Numero de bebidas alcoholicas por semana_____

Ninguna ☐ 1-5☐ 6-10☐ 10+☐

Aviso de prácticas de privacidad para obtener información de salud protegida

Centro de vena de Hamilton

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO LA INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVISE CUIDADOSAMENTE!

Fecha: septiembre de 2011

La práctica de Centro de Hamilton requiere federal aplicable y las leyes del Estado para mantener la confidencialidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que crear y mantener en la prestación de nuestros servicios a usted. Dicha información puede incluir la documentación de sus síntomas, resultados de examen y pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También puede incluir documentos de facturación de dichos servicios. Nos estamos permitidos por la ley federal de privacidad, la Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA), uso y divulgación de su PHI a los efectos de tratamientos, pagos y operaciones de atención médica sin su autorización por escrito.

Sus derechos de información de salud

La salud y mantenemos registros de facturación son la propiedad física de la Oficina. La información contenida en ellos, sin embargo, te pertenece. Usted tiene derecho a:

- Solicitar una restricción en ciertos usos y divulgaciones de su información de salud. No estamos obligados a conceder la petición, pero nos conformaremos con cualquier petición que estamos de acuerdo en conceder;
- Obtener una copia impresa de la notificación actual de prácticas de privacidad de información de salud protegida ("el aviso") haciendo una solicitud en nuestra Oficina;
- Solicitud de que se pueda inspeccionar y copiar sus registros de salud y facturación: puede ejercer este derecho al entregar la solicitud a nuestra Oficina;
- Llamamiento a una denegación de acceso a su información de salud protegida, excepto en determinadas circunstancias;
- Solicitar que se modifique su registro sanitario para correcta información incompleta o incorrecta al entregar una solicitud a nuestra oficina. Podemos negar su solicitud si usted nos pide enmendar información que o bien no fue creado por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no está disponible para hacer la enmienda), no es parte de la información de salud mantenida por la Oficina, no es parte de la información que se permitiría inspeccionar y copiar, o sea precisa y completa. Si su solicitud es denegada, usted será informado de los motivos de la denegación y tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo a colocarse en su registro;
- Solicitar que la comunicación de información sobre su salud sea por medios alternativos o en una ubicación alternativa al entregar la solicitud por escrito a nuestra Oficina;
- Restringir la información que se va a su plan de salud acerca de un artículo o servicio que usted paga el desembolso de práctica y en su totalidad para el producto o servicio.
- Obtener una contabilidad de accesos de su información de salud que deben mantenerse por la ley. Una contabilidad no incluirá usos y divulgaciones de la información para tratamiento, pago u operaciones; usos o divulgaciones hechas a usted o en su solicitud; usos o divulgaciones efectuadas de conformidad con una autorización firmada por usted; usos o divulgaciones hechas en un directorio de instalación o a familiares o amigos relacionados con la participación de esa persona en su atención o en el pago de dicha atención; o, utilización o revelación para notificar a la familia u otras personas responsables de su cuidado de su ubicación, condición o su muerte.

- Revocar las autorizaciones que previamente realizó a utilizar o revelar información al ofrecer una revocación escrita a nuestra oficina (excepto en la medida en acción ya ha sido tomada en base a una autorización previa).

Si desea ejercer cualquiera de los derechos antes mencionados, póngase en contacto con el centro de vena Hamilton(281) 565-0033 durante horas regulares de trabajo, o por escrito. El oficial de privacidad le informará de los pasos necesarios para ejercer sus derechos bajo la ley HIPAA.

Nuestras responsabilidades
La Oficina es necesaria para:

- Mantener la confidencialidad de su información de salud como requerido por la ley;
- Proporcionarle un aviso ('aviso') como a nuestras obligaciones y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantener sobre usted;
- Acatar los términos de este aviso;
- Notificará si nosotros no podemos acomodar una restricción solicitada o solicitud; y,
- Acomodar sus solicitudes razonables con respecto a métodos para comunicar información de salud con usted y no divulgar PHI para su plan de salud si usted solicita que no lo hacen y pagar para el desembolso del elemento o servicio y en su totalidad. Debe solicitar este derecho del paciente por escrito.

Nos reservamos el derecho a modificar, cambiar o eliminar disposiciones en nuestras prácticas de privacidad y promulgar nuevas disposiciones con respecto a la PHI que mantenemos. Si nuestra información prácticas cambio, corrijamos nuestro aviso. Tienen derecho a recibir una copia revisada del aviso llamando y solicitar una copia, visite nuestro sitio Web, o visitando nuestra oficina y recoger una copia.

Para solicitar información o presentar una queja
Si tiene preguntas, desea información adicional o desea informar de un problema sobre el manejo de la información, puede comunicarse con el oficial de privacidad. Si cree que sus derechos de privacidad han sido violados, puede presentar una queja por entregar por escrito al oficial de privacidad de la práctica. También puede presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos, Oficina de derechos civiles (OCR). La dirección de esta Oficina es: OCR - U.S. Departamento de salud y servicios humanos - 200 independencia Avenue S.W. - Sala 509F, HHH Building - Washington, D.C. 20201. Información sobre los pasos para presentar una queja con el OCR también puede encontrarse en: www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints .

- No podemos y no necesita renunciar al derecho de presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos (HHS) como condición para recibir tratamiento de la Oficina.

- No podemos y no tomar represalias contra usted por presentar una queja con el Secretario de salud y servicios humanos.

SECCIÓN DE FIRMA PACIENTE:

Acuse de recibo de la notificación de prácticas de privacidad:

Reconozco que he recibido el adjunto (arriba) aviso de prácticas de privacidad ("el aviso") para la práctica del Instituto Hamilton

Print Name: _____

Paciente (o representante de paciente *) firma: _____ fecha: _____

** Si el paciente documentación representante legal debe incluirse para mostrar autoridad para firmar o recibir información.*

Política financiera y divulgación

Los pacientes son responsables por el pago de todos los servicios ofrecidos por centro de vena de Hamilton y sus filiales.

La política financiera y la divulgación es para ayudarnos a proporcionar los servicios de salud más eficientes y razonables. Por lo tanto, es necesario que tengamos una política financiera y divulgación afirmando nuestros requerimientos de pago por servicios prestados a los pacientes.

Política de los

- Si usted es un paciente pagan, deberá pagar la visita de Oficina antes de que se prestan los servicios.
- Consejero financiero está disponible para planes prepago

Póliza de seguro

- Si usted es un paciente seguro, es nuestra política para solicitar seguro como una cortesía, si contamos con información precisa y completa del seguro.
- Si no se proporciona un servicio que no está cubierto por su compañía de seguros. Usted será el responsable en el momento de servicio.
- Deducibles, copagos y coaseguro se recogerán cuando se prestan los servicios.
- En casos especiales, podemos necesitar su ayuda para ponerse en contacto con su compañía de seguros para el pago de sus servicios.

Política de ultrasonido

- Si necesita un ultrasonido para diagnóstico, será ponerse en contacto con su compañía de seguros y verificar sus beneficios.
- Usted será contactado si su compañía de seguros requiere un co-pago o se aplica a su pago sea deducible cuando se prestan los servicios.

Para ayudar en esta política le pedimos ayudarnos por:

1. Nos proporciona información actual y actualizada sobre usted y su compañía de seguros.
2. Presentar una tarjeta de identificación foto actualizada y seguros cuando se realizan cargos.
3. Hacer el pago correspondiente al tiempo de servicio, ya sea un deducible, copago, coaseguro, o por el importe total si usted es un paciente los.

A fin de proporcionar la mejor atención médica, le pedimos que no discutir su saldo de cuenta o aspectos financieros con el Physician(s) o el personal médico. Por favor discutir cualquier información con la salida asociado o recepción.

_____ _____

Fecha de firma del responsable Date