



TEXAS
HEART
& VEIN
 MULTISPECIALTY GROUP

HOUSTON CARDIOTHORACIC AND VEIN SURGEONS

Jon-Cecil Walkes, M.D. : Lamin Bangura, M.D. : Nathaniel Alabi, D.P.M : Akashdeep Singh, D.P.M.

1315 St Joseph Parkway, suite 1005, Houston, TX 77002 : 1900 North Loop West, Suite 180 Houston TX 77018

350 Kingwood Medical Dr. Suite 230, Kingwood TX 77339 : Teléfono: 281.888.0809 Fax: 877.559.7682

RIGHT LEFT EDEMA DEMOGRAFÍA DEL PACIENTE		
Doctor Primarioart/vein screening:	sexo: Hombre O mujer	raza: Blanco / Negro / Hispano / Otros
nombre:	Inicial medio:	apellido:
Fecha de Nacimiento:	Ss #	Estado marcial:
dirección:		
ciudad:	estado:	Código postal:
hogar #	celda #	¿Podemos dejar un mensaje? Y o N
Dirección de correo electrónico: _____ SI SE FIRMA LA EXENCIÓN		
empleador:		ocupación:
¿A quién podemos agradecer por referirte?		
CONTACTO DE EMERGENCIA		
Nombre del contacto:		
Teléfono de contacto:		relación:
SEGURO DE PRIMARY		
Nombre del suscriptor:		Relación con el paciente:
Dob del asegurado:	SS de Asegurado #	Teléfono del asegurado #
ID/ Miembro #		grupo #
SEGURO SECUNDARIO		
Nombre del suscriptor:		Relación con el paciente:
Dob del asegurado:	SS de Asegurado #	Teléfono del asegurado #
ID/ Miembro #		grupo #
ASIGNACIÓN Y LIBERACIÓN AL SEGURO		
La información anterior es fiel a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier equilibrio. También autorizo a Jon-Cecil Walkes, M.D., Lamin Bangura, M.D., o Nathaniel Alabi, D.P.M o compañía de seguros a divulgar cualquier información necesaria para procesar mi reclamo.		
_____		_____
Fecha de firma del paciente/ tutor		

Formulario de historia

Nombre: _____

Motivo de la visita: _____

Humo: ¿Fumador actual? SÍ / NO Ex fumador? SÍ / Nonever Smoker? SÍ / NO

Alcohol: SÍ / NO si es así, ¿Cuántas bebidas por semana? _____

Drogas recreativas: SÍ/NO si es así, Nombre(s) de la droga _____

Frecuencia: _____

HISTORIA FAMILIAR

Madre: **viva o fallecida** _____ Diabetes _____ Heart Disease _____ Cancer
_____ Hypertension _____ Abdominal aneurisma aórtico (AAA)

Padre: **viva o fallecida** _____ Diabetes _____ Heart Disease _____ Cancer
_____ Hypertension _____ Abdominal aneurisma aórtico (AAA)

Síntomas

HAZ UNA LISTA DE LOS SÍNTOMAS

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____

¿Alergias? SÍ O NO (POR FAVOR CÍRCULO)

SI SÍ, POR FAVOR ENUMERE: _____

INFORMACIÓN DE FARMACIA

NOMBRE DE LA FARMACIA: _____

DIRECCIÓN: _____ **CIUDAD:** _____ **Estado:** _____

ZIP: _____ **Numero #** _____ **FAX #** _____

Historia

___ Diabetic ___ Úlceras/ Heridas Extremidad Inferior
___ Hypertension (presión arterial alta) ___ Edema de la pierna
___ Hipertirodismo ___ insuficiencia cardíaca
___ Coronary enfermedad arterial ___ Asma
___ Angina ___ GERD
___ Colesterol Alto ___ cardiomiopatía
Otra historia clínica _____

HISTORIAL DE CIRUGÍA

***Por favor enumere con Fecha**

1. _____ DATE: _____
2. _____ DATE: _____
3. _____ DATE: _____
4. _____ DATE: _____
5. _____ DATE: _____

Medicamentos

Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____
Nombre: _____ Dose/Frecuencia: _____

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

COMUNICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO SIN CIFRAR

Solicitud del paciente para la comunicación por correo electrónico sin cifrar

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Este formulario autoriza a Texas Heart and Vein Multispecialty Group a comunicarse con usted a través de correo electrónico sin cifrar.

Entiendo que la comunicación a través de Internet o el uso de un sistema de correo electrónico puede no ser seguro y no hay ninguna garantía de confidencialmente al comunicarse a través de correo electrónico sin cifrar.

Tenga en cuenta que:

- **Esta solicitud solo se aplica a Texas Heart and Vein y al proveedor que se indica a continuación. Se requiere un formulario separado si desea solicitar comunicarse por correo electrónico sin cifrar con otro proveedor de atención médica.**
- Se debe proporcionar una dirección de correo electrónico
- Se recomienda un correo electrónico de prueba antes de lo correspondiente por correo electrónico.

Entiendo y acepto lo siguiente:

- La dirección de correo electrónico proporcionada es precisa y acepto la responsabilidad de los mensajes enviados a o desde esta dirección de correo electrónico.
- He recibido una copia del formulario **IMPORTANTE INFORMACIÓN SOBRE EL CORREO ELECTRÓNICO DEL PACIENTE**. La comunicación a través de Internet o el uso de correo electrónico sin cifrar pueden no ser seguros y no hay garantía de confidencialidad de la información comunicada a través de correo electrónico sin cifrar.
- La comunicación por correo electrónico puede ser reenviada a otros proveedores y documentada en mi historial médico para mi tratamiento.
- Tengo derecho en cualquier momento a revocar esta autorización poniéndome en contacto con mi proveedor e informándoles de que deseo revocar mi autorización.
- Acepto mantener a Texas Heart and Vein Multispecialty Group y a las personas asociadas con Texas Heart and Vein indemnes de todas y cada una de las reclamaciones y responsabilidades que surjan de o estén relacionadas con esta solicitud de comunicarse a través de correo electrónico sin cifrar.

Firma de PatientDate

HIPPA / FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

Para la divulgación de información sanitaria protegida

Al firmar este formulario, le autorizo a usar y divulgar la información médica protegida que se describe a continuación.

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

La información de salud que puede divulgar con sujeción a esta autorización es la siguiente:
(Compruebe todo lo que corresponda)

Informes de Records _____ Radiología Médica _____

_____ Consulta/ Notas _____ Labs de progreso

_____ Conversacion de Telefono _____ Todo lo de arriba

_____ **NO** DOY PERMISO PARA QUE LIBERE MI INFORMACIÓN A NADIE.

Lea este formulario completo antes de firmar y complete todas las secciones que se aplican a sus decisiones relacionadas con la divulgación de información médica protegida. Las entidades cubiertas como ese término es definido por HIPAA y Texas Health & Safety Code § 181.001 deben obtener una autorización firmada de la persona o el representante legalmente autorizado de la persona para divulgar electrónicamente la información médica protegida de esa persona. No se requiere autorización para divulgaciones relacionadas con el tratamiento, pago, operaciones de atención médica, el desempeño de ciertas funciones de seguro, o como lo puede autorizar la ley. Las entidades cubiertas pueden usar este formulario o cualquier otro formulario que cumpla con HIPAA, la Ley de Privacidad Médica de Texas y otras leyes aplicables. A las personas no se les puede negar el tratamiento basándose en la falta de firma de este formulario de autorización, y la negativa a firmar este formulario no afectará el pago, la inscripción o la elegibilidad para los beneficios

Firma del Paciente o Representante Autorizado Date

Nombre de impresión del paciente o representante autorizado Date

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

RECONOCIMIENTO DE RECIBO

Copias disponibles en el vestíbulo y salas de exámenes

Fecha: _____

Reconozco que me proporcionaron una copia del HIPPA / Aviso de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente (impresión): _____

Paciente (Firma): _____

Si es completado por el representante personal de un paciente (o si el paciente es menor de edad), imprima y firme su nombre en el siguiente espacio.

Representante personal/Tutor (Impresión):

Representante personal/Tutor (Firma):

Relación con el paciente: _____

CONTINUAR A LA SIGUIENTE PÁGINA

AUTORIZACIÓN Y PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS DE PACIENTES

Este es un documento de consentimiento que discute su permiso para tomar fotografías y utilizar estas imágenes para el propósito definido a continuación. Es importante que lea esta información cuidadosamente y completamente. Después de revisar, por favor firme el consentimiento propuesto por Texas Heart and Vein Multispecialty Group.

CONSENTIMIENTO PARA TOMAR FOTOGRAFÍAS

Yo, _____

CONSENTIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE FOTOGRAFÍAS

I, _____ El uso de estas fotos se limitará a: propósitos médicos relacionados con propósitos científicos de casos, incluyendo seminarios y artículos médicos antes y después del álbum de fotos para que otros pacientes las vean en la oficina antes y después de las fotos que se incluirán en el boletín informativo para ser enviadas a los pacientes antes y después de las fotos que se incluirán en el sitio web de Texas Heart and Vein

Texas Heart and Vein Multispecialty Group no necesita acercarse de nuevo a mí para obtener autorización para usar estas fotos a menos que el uso difiera de la mencionada anteriormente.

Ni yo ni ningún miembro de mi familia se identificará en ninguna publicación. Entiendo que en algunas circunstancias las fotos pueden retratar características que pueden hacer que mi identidad sea reconocible. Entiendo que no tendré derecho al pago monetario ni a ninguna otra consideración como resultado de cualquier uso de estas imágenes.

Esta liberación y autorización no entran en conflicto con ningún compromiso existente de mi parte. Entiendo que Texas Heart and Vein no está obligado a hacer uso de sus derechos aquí establecidos.

Nombre del paciente (impresión): _____

Paciente (Firma): _____

Dirección del paciente: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Teléfono del paciente # _____