1700 Dove Ave., Suite #20
McAllen, TX 78504
Office: 956.803.0530
Fax: 800.417.8187

9191 Pinecroft, Suite #200
The Woodlands, TX 77380
Office: 936.273.7700
Fax: 800.417.8187

www.theveindoctors.com

Formulario de Inscripción del Paciente

Apellido:_____ Primer Nombre_____Inicial media_____

Hombre_____Mujer____ Fecha de nacimiento_____

Estado civil: soltero(a) casado(a) divorciado(a) Viudo(a) ----(circule uno)

Dirección _____Ciudad_____Estado_____Codigo postal_____

Teléfono de casa:_____ Numero Social :_____

Teléfono móvil:_____

El nombre de la farmacia:_____ Numero de Telefono:_____

Médico de referencia:_____ Numero de Telefono:_____

Médico de Atención Primaria_____ Numero de Telefono:_____

Lugar de trabajo:_____ Numero de Telefono:_____

Seguros presentaron remisión si es necesario_____ Copago_____

Dirección de correo electronico_____

Pariente más cercano o una persona puede ponerse en contacto con nosotros en la atención de una emergencia (fuera de casa)

Nombre_____ Relacion_____

Dirección_____ Numero de Telefono:_____

Asignación de beneficios para el tratamiento de autorización:

Autorizo el tratamiento y autorizar el pago directo de las prestaciones médicas y quirúrgicas a Texas, PLLC intervencionista (operando como la vena médicos) por los servicios prestados. Entiendo que soy responsable por cualquier saldo no cubierto por el seguro. Solicito que autorizó el pago de beneficios se hizo en mi nombre.

Nombre del paciente(letra de molde):_____

Firma:_____ Fecha:_____

HIPPA información y formulario de consentimiento

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico (HIPAA) establece salvaguardias para proteger su privacidad. La aplicación de requisitos de HIPPA comenzó oficialmente en abril 14,2003.

Lo que trata todo esto: específicamente, existen normas, restricciones sobre quién puede ver o ser notificado de que información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para proporcionarle servicios de oficina. HIPPA proporciona cierta protección de sus derechos como paciente. Podemos equilibrar estas necesidades con nuestro objetivo de proporcionarle un servicio profesional y de calidad de la atención. Está disponible adicional del Departamento de Salud y Servicios Humanos. www.hhs.gov

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial excepto en la medida necesaria para proporcionar o para asegurarse de que todas las cuestiones administrativas relacionadas con su cuidado y manejado adecuadamente. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, seguros de salud, como pagador es necesaria y apropiada para su cuidado. Archivos de paciente puede ya en un asunto de interés público. El curso normal de prestar atención significa que tales registros pueden ser de izquierda, al menos temporalmente, en áreas administrativas tales como la recepción, sala de examen, etc. esos registros no estarán disponibles para otras personas que no sean empleados de la oficina. Usted está de acuerdo con los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de gráficos, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.

2. Es la política de esta oficina para recordar a los pacientes de sus citas. Podemos hacer esto por teléfono, e-mail ,U. S. mail, o por cualquier medio conveniente para la práctica y/o solicitada por usted. Podemos enviar otras comunicaciones informando de cambios en la política de la oficina y la nueva tecnología que puede resultarle útil o informativo.

3. La práctica utiliza un número de vendedores en la realización de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a su PHI, pero deben ponerse de acuerdo para acatar las normas de confidencialidad de HIPPA.

4. Usted entiende y acepta las inspecciones de la oficina y revisión de los documentos que pueden incluir PHI por organismos gubernamentales o seguros pagadores en el desempeño normal de sus funciones.

5. Usted se compromete a aportar cualquier comentario o queja sobre privacidad a la atención del jefe de la oficina o al médico.

6. Su información confidencial no será utilizada para fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.

7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes con acceso a sus registros en conformidad con las leyes estatales y federales.

8. We may change, add, delete, or modify any of these provisions to better serve the needs of both the practice and the patient.

9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y pedir a cambio de ciertas políticas que se utilizan dentro de la Oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a alterar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

Doy el consentimiento y reconosco el acuerdo a los términos establecidos en el formulario de información HIPPA y los cambios posteriores en la oficina política. Entiendo que este consentimiento deberá permanecer en vigor a partir de este tiempo en adelante.

_____

Letra de molde

_____

Firma

_____

Fecha

Autorización para el uso o divulgación de su PHI (información de salud protegida)

Por favor seleccione uno de los siguientes:

1. ____ Nadie más que yo puede tener acceso a mis registros médicos.

2. ____ Por la presente autorizo el uso y revelación de la información de salud identificable individualmente relacionadas a mí, que se llama (PHI) ,la información protegida de la salud, en virtud de una ley de privacidad federal de salud, tal como se describe a continuación.

Yo, _____ autorizo Texas Interventional Associates, PLLC/The Vein Doctors , PLLC para liberar y obtener mi información de salud privada a/desde:

Nombre_____ Relacion_____

Nombre_____Relacion_____

Con mi consentimiento, Texas Interventional Associates, PLLC/The Vein Doctors ,PLLC puede liberar mi información a proveedores de terceros, incluyendo, pero no limitado a los planes de tratamiento, la atención clínica y los resultados del diagnóstico. ____SI o ____NO

Nuestra oficina puede dejar un mensaje en su máquina:___SI o ___NO

Su PHI será divulgada a confirmar los nombramientos, para prestar asesoramiento sobre los cuidadores mi tratamiento, de prescripción, pick-ups, y cualquier otro motivo para asegurar obtener un tratamiento óptimo y atención, mientras que yo soy paciente de Texas Associates, PLLC intervencionista/la vena médicos,PLLC. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento enviando una notificación por escrito a tal atención Tammie Radhakrishnan ,9191 Pinecroft Dr.,Suite 200 The Woodlands, TX 77380. Entiendo mi revocación no afectará a las medidas adoptadas por Texas Interventional Associates, PLLC/la vena médicos,PLLC antes de recibir mi revocación. Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podrá ser revelada por el destinatario y no podrán estar protegidos por la ley federal o estatal. Entiendo que es posible que se nieguen a firmar esta autorización y que mi negativa no afecta en modo alguno a mi tratamiento. Mi médico no condicionará mi tratamiento o pago de SI YO dar la autorización para el uso o divulgación solicitada salvo en el caso de los servicios de salud prestados a mí solamente para el propósito de la creación de información de salud protegida para la divulgación a terceros. Esta autorización será efectiva un año después de la fecha de la firma, o hasta que sea revocada por escrito, momento en que esta autorización para obtener y liberar esta información protegida de salud caduque

_____

Firma del paciente o representante autorizado / Relación Fecha

Historial del paciente

Nombre del Paciente:_____ Fecha:_____

Ha tenido alguna vez	SI	NO		SI	NO	**Estás experimentando**	SI	NO
hipertensión			Hepatitis			Escalofríos		
Dolor en el pecho			diabetes			Fiebre		
Ataque al corazón			anemia			Falta de aliento		
latidos cardíacos irregulares			La gota			Dolor en el pecho		
Marcapasos			tiroides			Entumecimiento		
Desfibrilador cardíaco			Flebitis			Debilidad de extremidades		
Asma			Trazo			Dolor de reposo		
Epoc o enfisema			Cancer			Dolor al caminar		
Apnea del sueño			Colesterol alto			Ceguera temporal		
Enfermedad renal						Mala pronunciación		

Texas ,PLLC intervencionista/The Vein Doctors , PLLC se encuentra ahora en el proceso de transferir nuestras cartas náuticas de papel a registros médicos electrónicos (EMR). A fin de cumplir con el "uso significativo", estamos pidiendo a nuestros pacientes para rellenar el siguiente cuestionario.

** Tiene un Plan de cuidado de avance? (Se ha asignado un sustituto para tomar decisions medicas por usted en caso de emergencia)- testamento- circule uno **SI o NO** : en caso afirmativo, propocione el nombre y numero de telefono:

_____

Raza: Elige uno

	Indios Americanos		Nativo de Alaska		Asian
	Afroamericanos		Blanco		Nativos de Hawai y de las Islas del Pacífico
	Negarse a informar/No declarada				

Origen étnico: Elige uno

	Hispano/Latino		No Hispano/Latino		Negarse a informar/Nodeclarada

Nacionalidad_____ **Negarse a informar/No declarada**_____

Idioma principal_____ **Negarse a informar/No declarada**_____

La historia social	**Actual Si o No**	**Pasado Si o No**	**¿Cuánto?** Individuales, paquetes, botellas	**Con que frecuencia**	**Jamas tomo, Nunca**
El alcohol					
Vino					
Licor					
Las drogas ilegales					

La historia social	**Actual Si o No**	**Pasado Si o No**	**¿Cuánto?** Individuales, paquetes, rollos	**Con que frecuencia**	**Jamas fumo, Nunca**
Tabaco de mascar					
cigarros					

**** Si asiste a una guarderia de adultos por favor propocionar la informacion abajo:**

Nombre de la guarderia:_____
Dirreccion:_____
Numbero de telefono: (___)_____ Alt: (___)_____
Numbero de telefono de controlador: (___)_____Alt: (___)_____

_____

Firma del paciente Fecha

Lista de medicamentos

Nombre del paciente_____ **Fecha**_____

Nombre del medicamento	La fuerza del medicamento	Cómo tomar la medicamento

Círculo (sí o no) para lo siguiente:

Vacuna antigripal: Sí o No
Fecha:

La vacuna antineumocócica **:** SÍ o NO
Fecha:

Altura:_____
Peso:_____

Cirugías y fecha :	Alergias:

Cancelación de la cita y / o política de no presentación y pacientes que llegan tarde para citas

En consideración de los demás solicitamos al menos 24 horas de antelación antes de la cancelación de **CUALQUIER** cita. Entendemos que hay circunstancias que pueden impedirle mantener su nombre. Sin embargo, al darnos la mayor notificación posible; Es posible que podamos contactar a otro paciente que necesite un examen en el día en que se programó el suyo. Las citas de la mañana y de la tarde se llenan rápidamente, y la cancelación con menos de 24 horas no nos deja suficiente tiempo para programar a otro paciente que necesite tratamiento. Por lo tanto, se puede aplicar una cancelación o no show de $ 30 ($ 100 por una cita de procedimiento de oficina en el mismo día) si nuestra oficina no es notificada con 24 horas de que no podrá hacer su cita.

A los pacientes que se retrasan se les pide que llamen a la oficina tan pronto como sea posible para consultar con el personal si todavía podrán asistir a su cita. Nuestro número de la oficina de McAllen es **956.803.0530** y el numero de la oficina de Woodlands es **936.273.7700.**

Los pacientes con ultrasonido, que tienen más de 15 minutos de retraso para su cita, pueden necesitar ser reprogramados a otro día y hora, en consideración de otros pacientes y sus horarios de citas programadas.

Agradecemos mucho su comprensión y cooperación con nuestras políticas de la oficina, y ayudarnos con acomodar nuestras necesidades de la programación de los pacientes.

Por favor firme abajo que ha leído, y reconozca la información anterior proporcionada a usted. Si desea una copia de cualquiera de sus documentos, por favor pídale a uno de los miembros de nuestro equipo que haga copias para usted.

_____

Nombre del paciente (letra de molde) Fecha

_____

Firma del paciente

La Política Financiera por Escrito

Gracias por elegir The Vein Doctors. Nuestra misión es ofrecer el mejor y más completo cuidado disponible. Una parte importante de la misión es hacer que el costo de atención óptima tan fácil y manejable para nuestros pacientes como posible ofreciendo varias opciones de pago.

Opciones de pago:

Puede elegir entre:

- En efectivo, cheque, Visa, MasterCard, American Express o Discover.
-convenientes planes de pagos mensuales(1) desde CareCredit
  - Le permiten pagar horas extraordinarias
  - Ninguna cuota anual ni pre-pago sanciones

Por favor nota:

The Vein Doctors requiere el pago antes de la finalización de su tratamiento. Si decide interrumpir la atención antes del tratamiento completo, usted recibirá un reembolso, menos el costo de la atención recibida.

También ofrecemos financiación interna, sobre la base de caso por caso, para tratamientos de más de $300.

Para los pacientes con seguro estamos felices de trabajar con su compañía para maximizar su beneficio y facturar directamente para el reembolso de su tratamiento(2).

The Vein Doctors con cargo de $35 por cheques devueltos.

Por The Vein Doctors , y el personal de The Vein Doctors' no se completa o presentar la FMLA, la Seguridad Social, o incapacidad de documentos.

Si usted tiene cualquier pregunta, no dude en preguntar. Estamos aquí para ayudarle a obtener el tratamiento y la atención que usted desea y necesita.

_____

Paciente, Firma del padre o tutor fecha

_____

Nombre del paciente(letra de molde)

(1) Sujeto a aprobación de crédito
(2) Sin embargo, si no se recibe el pago de su compañía de seguros dentro de los 120 días, usted será responsable del pago de honorarios de su tratamiento y la recolección de sus beneficios directamente desde su compañía de seguros.