

Bienvenido a Vascular Institute!

¡Estamos OBSESIONADOS con la atención al paciente! Todo comienza con conocerlo, para asegurarnos de brindar la mejor atención posible. ¡Hay mucho aquí, pero sabemos que puedes hacerlo! Por favor, llene la siguiente información lo más completamente posible. Como siempre, si usted tiene alguna pregunta, todos nosotros ayudaremos (pero tal vez no todos nosotros a la vez).

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

Historial Clínico Pasado

Indique si ha tenido alguna de las siguientes opciones marcando la casilla de verificación correspondiente.

Cardiovascular

- ☐ Enfermedad Cardíaca
- ☐ Golpe
- ☐ Infarto Miocárdico (Ataque al Corazón)
- ☐ Presión Arterial Alta
- ☐ Colesterol Alto
- ☐ Molestias en el Pecho
- ☐ Angina de Pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Arrhythmia (latidos del corazón saltados)
- ☐ Sensación Revoloteando del Pecho
- ☐ Fibrilación Arterial (Frecuencia Cardíaca Rápida)
- ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- ☐ Enfermedad de las Arterias Coronarias (Enfermedad cardíaca)
- ☐ Hinchazón en tobillos o pies

Oreja, Nariz y Garganta

- ☐ Problemas de oído, nariz, garganta
- ☐ Enfermedad Ocular
- ☐ Audición
- ☐ Alergias

Endocrino

- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad Tiroidea
- ☐ Trastorno Autoinmune
- ☐ Nefropatía

Musculoesquelético

- ☐ Artritis
- ☐ Osteoporosis
- ☐ Dolor Crónico de Espalda
- ☐ Dolor Articular
- ☐ Debilidad Muscular

Enfermedades Infecciosas

- ☐ VIH
- ☐ Hepatitis
- ☐ C-diff

Respiratorio

- ☐ Asma
- ☐ COPD
- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Apnea del Sueño

Neurológico

- ☐ Enfermedad Neurológica
- ☐ Epilepsia
- ☐ Dolores de cabeza crónicos
- ☐ Entumecimiento y hormigueo
- ☐ Alzheimer / Demencia
- ☐ Esclerosis múltiple
- ☐ Pérdida de memoria

Psiquiátrico

- ☐ Ansiedad
- ☐ Depresión

Otro

- ☐ Anemia
- ☐ Trastorno Hemorrágico
- ☐ Transfusión de Sangre
- ☐ Aneurisma torácica/abdominal

Vascular

- ☐ DVT
- ☐ Insuficiencia Venosa
- ☐ Enfermedad de las Arterias Periféricas

Cáncer

- ☐ Cáncer (especifique el tipo a continuación)

- ☐ Tratamiento Oncológico (especifique a continuación)

Historial Quirúrgico Pasado

Indique si ha tenido alguna de las siguientes cirugías marcando la casilla de verificación correspondiente.

Cirugía Cardíaca

- ☐ Bypass Cardíaco
- ☐ Stents Cardíacos
- ☐ Marcapasos
- ☐ Cardioversión
- ☐ Reemplazo de Válvula Mitral
- ☐ Otra Cirugía Cardíaca:

Cirugía Musculoesquelético

- ☐ Cirugía Ortopédica
- ☐ Cirugía de Espalda
- ☐ Cirugía de Hombro
- ☐ Cirugía de Pie
- ☐ Cirugía de Rodilla

Cirugía Genitourinaria

- ☐ Cirugía Genitourinaria
- ☐ Cirugía Renal
- ☐ Cirugía de Próstata
- ☐ Vasectomía

*Mujeres Solamente

- ☐ Histerectomía
- ☐ Lumpectomía / Mastectomía

Vascular

- ☐ Cirugía de Carótida
- ☐ Cirugía de Aneurisma
- ☐ Angioplastia/Stents
- ☐ Amputación
- ☐ Ablación venosa
- ☐ Otra cirugía vascular:

Cirugía Gastrointestinal

- ☐ Cirugía Gastrointestinal
- ☐ Cirugía de úlceras
- ☐ Apendicectomía
- ☐ Colectomía
- ☐ Colecistectomía
- ☐ Cirugía de Hernia

Otras cirugías

Uso Social

¿Fuma cigarrillos o cigarrillos electrónicos ("vape")? ☐ No ☐ Sí

Si es así, ¿Cuántos paquetes al día o a la semana? _____ ¿Cuántos cigarrillos al día? _____

Si procede, ¿A qué edad empezaste? _____ ¿A qué edad detuvo? _____

¿Bebes alcohol? ☐ No ☐ Sí

¿Cuántas bebidas por día? _____

¿Cuántas bebidas mensuales?

De 2 a 4 veces al mes: _____

De 3 a 4 veces a la semana: _____

4 o más veces a la semana: _____

¿Usas drogas recreativas? ☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, escribe los tipos de drogas: _____

Historial Clínico Familiar

Si tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes, indique qué miembro de la familia en el espacio proporcionado.

Cáncer

- ☐ Cáncer de Colon:
¿Quién? _____
- ☐ Cáncer de Pulmón:
¿Quién? _____
- ☐ Cáncer de Ovario:
¿Quién? _____
- ☐ Cáncer de Mama:
¿Quién? _____
- ☐ Cáncer de Piel:
¿Quién? _____
- ☐ Cáncer de Próstata:
¿Quién? _____

Enfermedad Cardíaca

- ☐ Enfermedad Cardíaca:
¿Quién? _____
- ☐ Golpe:
¿Quién? _____
- ☐ CAD:
¿Quién? _____
- ☐ Hipertensión:
¿Quién? _____
- ☐ Hiperlipidemia:
¿Quién? _____

Diabetes/Renal

- ☐ Diabetes:
¿Quién? _____
- ☐ Enfermedad Renal:
¿Quién? _____

Respiratorio

- ☐ Asma:
¿Quién? _____
- ☐ Alergias:
¿Quién? _____
- ☐ EPOC:
¿Quién? _____

Psiquiatría/Social

- ☐ Problemas Psiquiátricos:
¿Quién? _____
- ☐ Depresión:
¿Quién? _____
- ☐ Abuso:
¿Quién? _____

Neurología

- ☐ Alzheimer / Demencia
¿Quién? _____
- ☐ Neuropatía
¿Quién? _____

Otro

- ☐ Osteoporosis:
¿Quién? _____
- ☐ Anemia:
¿Quién? _____
- ☐ Artritis:
¿Quién? _____
- ☐ Enfermedad Tiroidea:
¿Quién? _____

Vascular

- ☐ Aneurisma Abdominal:
¿Quién? _____
- ☐ Aneurisma Torácico:
¿Quién? _____

Lista de Verificación de Salud del Paciente

Indique si ha experimentado alguna de las siguientes opciones...

General

- ☐ Fiebre
- ☐ Escalofríos
- ☐ Suda
- ☐ Anorexia
- ☐ Fatiga
- ☐ Malestar
- ☐ Pérdida de Peso

Oídos, Nariz, y Garganta

- ☐ Visión Borrosa
- ☐ Visión Doble
- ☐ Pérdida de Visión
- ☐ Cataratas
- ☐ Zumbido de Oídos
- ☐ Disminución de la Audición
- ☐ Dolor de Garganta

Cardiovascular

- ☐ Molestias en el pecho
- ☐ Dolores en el pecho
- ☐ Palpitaciones
- ☐ Latidos Saltados del Corazón
- ☐ Hinchazón en Tobillos o Pies
- ☐ Sensación Revoloteando del Pecho

Respiratorio

- ☐ Dificultad para respirar
- ☐ Tos Crónica
- ☐ Asma
- ☐ Sibilancia

extremidades

- ☐ Edema
- ☐ Úlceras abiertas
- ☐ Gangrena
- ☐ Piel decolorada o azul

Gastrointestinal

- ☐ Indigestión
- ☐ Náuseas
- ☐ Vómito
- ☐ Diarrea
- ☐ Estreñimiento
- ☐ Dolor Abdominal
- ☐ Úlceras
- ☐ Sangre en las heces

Genitourinario

- ☐ Pérdida de Vejiga
- ☐ Sangre en la Orina
- ☐ Arder al Orinar
- ☐ Frecuencia Urinaria

Musculoesquelético

- ☐ Artritis
- ☐ Dolor de Espalda
- ☐ Dolor Articular
- ☐ Debilidad Muscular

Piel

- ☐ Erupción
- ☐ Picazón
- ☐ Sequedad
- ☐ Lesión
- ☐ Lesiones Sospechosas
- ☐ úlcera

Neurológico

- ☐ Pérdida de Memoria
- ☐ Convulsiones
- ☐ Vértigo
- ☐ Debilidad
- ☐ Entumecimiento/hormigueo
- ☐ Golpe

Psicológico

- ☐ Depresión
- ☐ Ansiedad
- ☐ Pérdida de Memoria
- ☐ Estrés Inusual
- ☐ Alteración Mental

Endocrino

- ☐ Intolerancia al frío
- ☐ Intolerancia al calor
- ☐ Sed Excesiva
- ☐ Hambre Excesiva

Hematología/Linfático

- ☐ Masa/bulto mamario
- ☐ Ganglios linfáticos agrandados
- ☐ Hematomas Inexplicables

Alergia/Inmunológico

- ☐ Fiebre del Heno
- ☐ Alergias al polvo/polen
- ☐ Infecciones persistentes

Enfermedad Infecciosa:

Expuesto a o sido diagnosticado recientemente con... (circular uno)

C-diff (*Clostridium difficile*)

SÍ NO

hepatitis

SÍ NO

VIH

SÍ NO

MRSA

SÍ NO

Si circuló SÍ para cualquiera de los anteriores, por favor explique:

Historial de Medicamentos / Alergias

¿Está tomando aspirina actualmente? ☐ Sí ☐ No

Por favor indique todos los MEDICAMENTOS que toma de forma rutinaria (incluida la quimioterapia actual y anterior):

<u>Nombre del Medicamento</u>	<u>Dosis (mg)</u>	<u>Cuantas Veces al Día</u>

Alergias a Medicamentos:

Otras Alergias:

Vacunas:

¿Cuándo fue tu última vacuna contra la gripe? _____

¿Cuándo fue tu última vacuna contra la neumonía? _____

¿Ha recibido la vacuna Covid 19? _____

Información Demográfica

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Teléfono: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Número de seguro social: _____ Correo Electrónico: _____

Permisos: ☐ Casa ☐ Móvil ☐ Trabajo

Concedo permiso para tener mensajes de voz y/o de texto que puedan contener información de salud personal que queda en los teléfonos seleccionados.

Contacto de emergencia: _____ # de Teléfono: _____

Relación con el paciente: _____

Liberación de los Registros: *Por la presente autorizo al Instituto Vascular de Houston a revelar mis registros médicos incluyendo información sobre mi estado, tratamiento, imágenes y diagnóstico a mi contacto de emergencia.*

Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado

Ocupación: _____ ☐ Empleado ☐ Jubilado ☐ Estudiante: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo Parcial

Para que nuestra práctica de atención médica cumpla con los requisitos de calificación bajo la Ley de Recuperación y Reinversión Americana del 2009, estamos obligados a obtener la siguiente información:

1. Origen Étnico: ☐ Hispano/a o latino/a ☐ No Hispano ☐ No desea responder

2. Raza: ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Negro o Afroamericano

☐ Asiático/a ☐ Blanco/a ☐ Otra Raza

☐ Nativo Hawaiano u otros de la Isla del Pacífico ☐ No desean responder

3. Idioma: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Lista de Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: _____ Ubicación: _____

Número de teléfono: _____ Fax: _____

Información Médica

Médico de Atención Primaria

Nombre del Médico: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax: _____

Médico de Referencia

Nombre del Médico: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax: _____

Médicos Adicionales

Cardiólogo: _____

Nombre del Médico: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax: _____

Especialidad: _____

Nombre del Médico: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax: _____

Especialidad: _____

Nombre del Médico: _____ Ubicación: _____

Teléfono de la Oficina: _____ Fax: _____

Liberación de los Registros:

Por la presente autorizo al Instituto Vascular de Houston a revelar mis registros médicos incluyendo información sobre mi estado, tratamiento, imágenes y diagnóstico a los médicos anteriores.

Información del Seguro

Seguro Principal: _____

Relación con el paciente: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ # de Seguro Social: _____

Si es diferente del paciente:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ # de Teléfono: _____

Seguro Secundario: _____

Relación con el paciente: ☐ Propio ☐ Cónyuge ☐ Padre ☐ Otro: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____ # de Seguro Social: _____

Si es diferente del paciente:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Empleador: _____ # de Teléfono: _____

Parte Responsable - Persona responsable de recibir los estados financieros.

☐ **Propio**

☐ **Otros - Por favor complete la información a continuación**

Nombre:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

de Teléfono Principal: _____ # de Teléfono Secundario: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Correo Electrónico: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo al Instituto Vascular de Houston a divulgar información médica/de salud de:

Nombre completo del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta información se dará a conocer a:

Destinatario: _____ Relación con el paciente: _____

Número de Teléfono: _____

Destinatario: _____ Relación con el paciente: _____

Número de Teléfono: _____

Destinatario: _____ Relación con el paciente: _____

Número de Teléfono: _____

Entiendo que la información que he acordado divulgar a la parte antes mencionada puede incluir información clínica sensible obtenida durante las fechas enumeradas a continuación. Estos pueden incluir o no tratamiento de sustancias u otros abusos, VIH, trastornos psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, etc., a menos que en este caso excepto:

Esta versión incluye todos los documentos creados por el Instituto Vascular de Houston, tales como, pero no limitado a:

- Notas de oficina, gráfico y progreso
- Informes de ultrasonido
- Todos los documentos que el Instituto Vascular de Houston ha pedido en su nombre.

Cubriendo registros de:

- La fecha de su creación por el Instituto Vascular de Houston ya sea en el pasado o en el futuro.

ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE SE REVOQUE LO CONTRARIO.

Firma (Persona que autoriza la liberación): _____

Fecha de Firma: _____ Relación con el Paciente: _____

Directiva Médica Avanzada y Poder Notarial

¿Tiene una Directiva Médica Anticipada? ☐ Sí ☐ No (Debe marcar uno)

En caso afirmativo, Nombre: _____

Teléfono: _____

¿Tiene un Poder Médico de Salud? ☐ Sí ☐ No (Debe marcar uno)

En caso afirmativo, Nombre: _____

Teléfono: _____

Seguros y Pagos

Responsabilidad Financiera: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es en última instancia responsable del pago en su totalidad por todos los servicios médicos que se le proporcionen. Cualquier cargo no pagado por su compañía de seguros será su responsabilidad, excepto lo limitado según nuestro acuerdo de red específico con su compañía de seguros, si dicho acuerdo está en vigor.

Si no tiene seguro médico, o si su seguro médico no pagará por los servicios prestados por nosotros o si nos notifica que no nos comuniquemos o facturemos a su compañía de seguros, se le considera un paciente auto pagado. Sus cargos se basarán en nuestro horario de pago por cuenta propia actual (disponible en nuestra recepción). El pago debe abonarse en su totalidad en el momento del servicio.

Iniciando esta sección, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestras Políticas Financieras para revisar.

Iniciales:

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: www.myvascular.com

Notificaciones Adicionales

Aviso de Práctica de Privacidad

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Práctica de privacidad que incluye una Declaración de los Derechos del Paciente para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: www.myvascular.com

Iniciales:

Código de Conducta

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración del Código de Conducta para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: www.myvascular.com

Iniciales:

Uso de medios

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración Uso de Medios para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: www.myvascular.com

Iniciales:

Al firmar a continuación, consiente voluntariamente todos los tratamientos médicos y quirúrgicos realizados por el Instituto Vascular de Houston (también consiente servicios de rutina, procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico, otros servicios de atención médica considerados necesarios por los proveedores de atención médica que me tratan. Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Entiendo que tengo derecho a dar su consentimiento o a negarme a consentir cualquier cirugía, procedimiento o tratamiento propuesto, y a discutirlo con mi proveedor de atención médica. Entiendo que si un empleado o cualquier individuo asociado con el Instituto Vascular de Houston está expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se me hará la prueba de virus de la hepatitis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La información de este formulario es precisa hasta donde yo sé.

Firma del Paciente / Representante Legalmente Autorizado

Fecha

Nombre Impreso del Paciente / Represente Legalmente Autorizado

Relación con el Paciente