



1700 W Dove Ave. Suite 20
McAllen, Texas 78504

Office: 956.803.0530
Fax: 956.803.0532

www.veinwellnessclinic.com

Formulario de Inscripción del Paciente

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Fecha de nacimiento (mes/día/año): _____

Sexo: M / F Estado civil: Soltero(a) casado(a) divorciado(a) viudo(a)

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ Seguro Social: _____

Dónde trabaja: _____ Tel: _____

Referencia del seguro (si es necesario): _____ Co-pago: _____

Correo electrónico: _____

Qué farmacia prefiere: _____ Tel: _____

Médico que le refirió: _____ Tel: _____

Médico primario/cabecera: _____ Tel: _____

Persona a contactar en caso de emergencia:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Tel: _____

Asignación de autorización de beneficios para el tratamiento:

Autorizo el tratamiento y el pago directo a Franz Velarde, M.D., PLLC, DBA Vein Wellness Clinic en concepto de servicios médicos y quirúrgicos prestados. Entiendo que soy responsable por cualquier saldo que no cubra la compañía de seguros.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____ Fecha: _____



Formulario de Información y Consentimiento HIPPA

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. Ahí información adicional disponible en el 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 manejo 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 excluidos, 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. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para servir mejor a las necesidades de la práctica y el paciente.
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 consentimiento y estoy de acuerdo con los términos establecidos en el Formulario de Información HIPPA y con cualquier cambio que ocurra en la política de la Clínica. Entiendo que este consentimiento entrará y permanecerá en vigor desde este momento.



Nombre del paciente (letra de molde)

Firma del paciente o tutor

Fecha



1700 W Dove Ave., Suite 20
McAllen, Texas 78504

Office: 956.803.0530
Fax: 956.803.0532

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

Por favor seleccione uno de los siguientes:

- 1. Por este medio autorizo el uso y divulgación de **información confidencial sobre mi salud**, que se conoce en inglés como **PHI** (información de salud protegida), en virtud de la ley federal sobre privacidad de salud, tal como se describe a continuación.
- 2. Nadie más que yo puedo tener acceso a mis registros médicos.

Yo, _____ autorizo Vein Wellness Clinic para obtener o compartir información confidencial sobre mi salud de/a:

Nombre _____ Relación _____

Nombre _____ Relación _____

Con mi autorización, Franz Velarde, M.D., PLLC, DBA Vein Wellness Clinic puede compartir con otros proveedores información personal que incluya, entre otro, planes de tratamiento, atención medica brindada y resultados diagnósticos. Si No

Nuestra oficina puede dejar un mensaje en su máquina grabadora: Si No

La información confidencial PHI será divulgada para confirmar citas médicas, para instruir/guiar a los que me atienden, para coordinar el trámite y despacho de recetas médicas, y para cualquier otra motivo que ayude a que yo reciba atención y tratamiento óptimos, mientras sea paciente de Franz Velarde, M.D., PLLC, DBA Vein Wellness Clinic.

Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización por escrito, en cualquier momento, enviando una notificación por escrito dirigida a Tracy Velarde, Manager, Vein Wellness Clinic, 1700 W Dove Ave, Suite 20, McAllen, TX 78504. Comprendo que mi revocación no afectará a las medidas adoptadas por Franz Velarde, M.D., PLLC, DBA Vein Wellness Clinic antes de recibir la misma. Entiendo que la información utilizada o divulgada en virtud de esta autorización podrá ser revelada por el destinatario y no estará ya protegida por las leyes federales o estatales. Entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización y que esta negación no afectara de ninguna manera mi tratamiento. Mi médico no condicionará mi tratamiento o pago basado en la autorización para el uso o divulgación solicitada, salvo que los servicios de médicos brindados solamente tengan el propósito de crear información de salud protegida para divulgarla a terceros.

La autorización estará vigente por año de la fecha de la firma, o hasta que sea revocada por escrito.

Firma del paciente o representante autorizado / Relación

Fecha

Historia Clínica

Nombre: _____

Fecha Nacimiento (mes/día/año): _____

Ha tenido alguna vez				Ha experimentado	
Hipertensión		Hepatitis		Escalofríos	
Dolor en el Pecho		Diabetes		Fiebre	
Ataque al Corazón		Anemia		Ceguera temporal	
Arritmia o Latidos Irregulares		Gota		Problema temporal para hablar o expresarse	
Marcapasos o Desfibrilador		Tiroides		Falta de aliento	
Asma		Flebitis		En las piernas: *Entumecimiento	
Enfisema o EPOC		Infarto o Derrame Cerebral		*Debilidad	
Apnea del Sueño		Cáncer		*Dolor de reposo	
Insuficiencia o Falla Renal		Colesterol alto		*Dolor al caminar	

En caso de alguna emergencia: ¿Tiene asignado algún sustituto(a) para que tome decisiones médicas por usted? Si es así, proporcione:

Nombre: _____

Teléfono: _____

Raza (ponga un círculo):

Caucásico(a) Hispano(a) Otra: _____

Nacionalidad: _____

Idioma: _____

Historia Social		Cantidad o Frecuencia
Ingiere Alcohol		
Tabaco		
Drogas ilícitas		

Si asiste a una guardería para adultos, por favor llene la siguiente información:

Nombre de la Guardería: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

Teléfono del conductor que le trajo: () _____

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



Medicamentos y Cirugías

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Medicamento y concentración	Con que frecuencia lo toma?

Anticoagulantes: Sí No

Plavix: Sí No

Alergias:	

Vacuna contra Influenza: Sí No Fecha:

Vacuna contra Neumococo: Sí No Fecha:

Cirugías	Fecha	Cirugías	Fecha

Ha tenido alguna cirugía en la Piernas: Sí No Fecha:

(venas varicosas, arterias)

Cirugía Cardíaca (by-pass): Sí No Fecha:



Medicamentos y Cirugías

Nombre Paciente: _____

Fecha de Nacimiento (mes/día/año): _____

Medicamento y concentración	Con que frecuencia lo toma?

Anticoagulantes: Sí No

Plavix: Sí No

Alergias:	

Vacuna contra Influenza: Sí No Fecha:

Vacuna contra Neumococo: Sí No Fecha:

Cirugías	Fecha	Cirugías	Fecha

Ha tenido alguna cirugía en la Piernas: Sí No Fecha:

(venas varicosas, arterias)

Cirugía Cardíaca (by-pass): Sí No Fecha:



1700 W Dove Ave. Suite 20
McAllen, Texas 78504

Office: 956.803.0530
Fax: 956.803.0532

www.veinwellnessclinic.com

Política sobre cancelación de citas Pacientes que no se presenten o lleguen tarde

En consideración a los demás pacientes, solicitamos nos avisen con al menos **24 horas de antelación** la cancelación de **cualquier cita**.

Entendemos que hay circunstancias que pueden impedirle asistir. Al notificarnos con tiempo, nos permitirá reagendar su cita o contactar a otro paciente que esté a la espera de un cupo para que se le realice un examen o tratamiento.

Si está atrasado(a) o necesita cambiar la fecha/hora de la cita infórmenos a través de cualquiera de las siguientes opciones:

- **Por teléfono 956.803.0530**
- Por correo electrónico (sólo para cambio de **fecha**): grisel@veinwellnessclinic.com

Las cancelaciones con menos de 24 horas podrán estar sujetas a los siguientes cargos:

- Consultas/Ultrasonidos \$25
- Procedimientos/Cirugías \$100

Agradecemos su comprensión y cooperación. Estas políticas nos ayudan a brindarle un mejor servicio a todos nuestros pacientes.

Al firmar abajo, usted corroborará que ha leído y entendido la información sobre nuestra política de cancelación de citas. Si desea copia de este documento, favor solicítela en la recepción.

Nombre del Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____



1700 W Dove Ave, Suite 20
McAllen, Texas 78504

Office: 956.803.0530
Fax: 956.803.0532

www.veinwellnessclinic.com

Política Financiera

Gracias por elegir Vein Wellness Clinic. Nuestra misión es ofrecerle la mejor atención médica disponible. Parte importante de esta misión es facilitarle a afrontar los gastos incurridos. Para ello, le brindamos a nuestros pacientes múltiples opciones de pago.

Opciones de pago:

- Efectivo,
- Cheque,
- Visa®, MasterCard®, American Express® o Discover®.

- **CareCredit®** ofrece planes de pagos mensuales **(1)**
 - Le permite pagar en un periodo de tiempo
 - Sin cargos anuales ni pre-pagos

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

Si Usted tiene seguro, nos encargaremos de todos los trámites necesarios con compañía de seguros. Procesaremos los cargos de su tratamiento directamente a la compañía. **(2)**

Vein Wellness Clinic cobrará \$35 por cheques devueltos.

El personal de Vein Wellness Clinic, no tramitara/llevara documentos de FMLA, de seguridad social, ni de incapacidad.

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

Nombre del paciente _____ Fecha _____

Firma del paciente o tutor _____

(1) Sujeto a aprobación de crédito.

(2) Sin embargo, si no recibimos el pago de su compañía de seguros en 120 días, usted será responsable del pago de honorarios de su tratamiento y de realizar el reclamo de sus beneficios directamente a su compañía de seguros.