

FORMULARIO DE REGISTRO DE PACIENTE

Información de Paciente				
APELLIDO		PRIMER NOMBRE		M.I.
DIRECCIÓN		APT. #	CIUDAD	ESTADO ZIP
FECHA DE NAC / /	EDAD	COMO SUPO DE NOSOTROS	REFERIDO POR	
TELÉFONO HOGAR	TELÉFONO ALTERNATIVO	CORREO ELECTRÓNICO		
NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL CONTACTO DE EMERGENCIA				

ACUERDO DE FACTURACIÓN DEL PACIENTE

Facturación de servicios médicos: si estamos en la red con su compañía de seguros, enviaremos los cargos directamente a su seguro primario. Después de que su (s) seguro (s) complete (n) el pago a nosotros, usted es responsable del pago de cualquier saldo remanente de paciente permitido.

Los copagos se cobran siempre en el check-in. El monto generalmente se detalla en su tarjeta de seguro.

Deducibles: si su plan tiene un deducible, debe pagar una parte al momento del registro. Después de que el seguro procesa el reclamo, se le cobrará por el saldo restante.

Pacientes de pago al contado: si usted es "autopago" para cualquier visita de rutina, debe pagar \$ 100 por adelantado en el check-in.

Al final de su visita puede:

1. Pague los cargos totales (menos los \$ 100 prepagados) por los servicios y exámenes realizados durante la visita; O
2. Firme un Acuerdo de pago que indique que tendrá el saldo pagado en su totalidad dentro de 3 meses. Se le facturará mensualmente. Si desea establecer un plan de pago, hable con nuestro gerente de oficina.

Proceso de facturación: una vez que hayamos recibido la declaración de pago final de su seguro, le enviaremos por correo un estado de cuenta solicitando el monto restante del paciente permitido. Recibirá una segunda factura entre 30 y 60 días más tarde por los saldos restantes. Si no puede realizar el pago en su totalidad antes de los 60 días, puede llamar a nuestro Departamento de Facturación y hacer arreglos de pago a plazos para evitar que su cuenta vaya a la agencia de cobro. Si su cuenta no se paga 30 días después de que le enviemos el tercer estado de cuenta, su cuenta será entregada a nuestra agencia de cobros sin previo aviso por nuestra parte. Después de que su cuenta haya sido entregada a nuestra agencia de cobro, usted será responsable del saldo pendiente que tenga con nosotros, así como de los honorarios de cualquier agencia, honorarios legales / legales y costos judiciales. Esto podría incluirse en su registro de crédito y puede afectar su capacidad para realizar compras de crédito.

Otras políticas de facturación:

Métodos de pago aceptados: para su conveniencia, aceptamos Visa, MasterCard, American Express, tarjetas de débito vinculadas a su cuenta de tarjeta de crédito, giros postales, efectivo o cheques personales con la identificación adecuada.

Fondos insuficientes: si su cheque se devuelve debido a fondos insuficientes, se le cobrará una tarifa de \$ 20 además de lo que le cobre su banco. Recibirá un estado de cuenta por los montos adeudados en este caso. Además, no se le permitirá pagar con cheque durante los próximos 6 meses después del cheque devuelto.

Pacientes en cobros: no se programarán citas para pacientes con saldos impagos en cobros, a menos que el Departamento de facturación los apruebe. En general, los saldos de "cobros" deben pagarse en su totalidad antes de que pueda volver a verlos aquí.

Firma sobre nombre impreso**Fecha** _____**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Por este medio asigno todos los beneficios médicos y/o quirúrgicos a los que yo tenga derecho de un plan de seguro a **CENTER FOR VEIN WELLNESS**.

Esta asignación tendrá efecto hasta que sea revocado por mí por escrito. Entiendo que soy financieramente responsables por todos los cargos ya sea o no pagados por dicho seguro.

Por este medio autorizo a dicho asignado a liberar toda la información necesaria para asegurar el pago de beneficios.

Firma sobre nombre impreso**Fecha** _____**ASIGNACIÓN MEDICARE **Si tiene Medicare, por favor firme lo siguiente**

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare sea hecho en mi nombre a **CENTER FOR VEIN WELLNESS** por cualquier servicio proporcionado por mí por ese médico o proveedor.

Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí para liberarlo a Centros para Medicare y Servicios Medicaid y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se haga el pago y autoriza la divulgación de la información médica necesaria para pagar el reclamo. Si otra cobertura de seguro de salud se indica en CMS1500 o cualquier formulario de demanda generado electrónicamente, mi firma autoriza la divulgación de la información a la compañía de seguros o agencia mostrada.

En los casos asignados de Medicare, el médico o el proveedor se compromete a aceptar el cargo determinado por la agencia de Medicare como el cargo completo, y el paciente es responsable sólo por el deducible, coaseguro, y servicios no cubiertos.

El Coaseguro y deducible están basados sobre la determinación del cargo del portador de Medicare.

Firma (Paciente, Representante Legal) _____**Fecha** _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación

☐ Padre o tutor del paciente menor

☐ Tutor o curador de un paciente incompetente

Firma de testigo _____**Fecha** _____

POLITICA DE NO PRESENTACION Y CANCELACION

"No presentación" se refiere a cualquier paciente que no llegue para una cita programada.

"Cancelación del mismo día" se refiere a cualquier paciente que cancele una cita menos de 24 horas antes de su cita programada.

Política

Como política se controla y administra las ausencias de las citas y las cancelaciones tardías. Nuestro objetivo es proporcionar una excelente atención a cada paciente de manera oportuna. De requerir cancelar una cita, los pacientes deben llamar o dejar un mensaje al menos 48 horas antes de la hora de la cita. La notificación permite que el consultorio utilice mejor las citas para otros pacientes que necesitan atención médica.

I. Recordatorio de reserva

- El paciente es notificado de la Política de No-Presentación y Cancelación en el momento de programar la cita. Esta política puede y se proporcionará por escrito a los pacientes a petición.

II. Honorarios

- Los pacientes que no se presenten para su cita programada o no notifiquen a la oficina al menos 48 horas antes de la hora de su cita programada, estarán sujetos a una tarifa de "No presentación/Cancelación" de \$50.00. En caso de una emergencia real y no se pudo dar aviso previo, se considerará, y se puede conceder una excepción única.
- Los pacientes que no se presenten a su cita programada en el consultorio (procedimiento de venas u otros procedimientos relacionados) o que no notifiquen al consultorio por lo menos 48 horas antes de la hora de su cita, estarán sujetos a un cargo por "No presentación/Cancelación" de \$100.00.
- Si es cancelado por el médico como una necesidad médica, entonces el paciente no está sujeto a este cargo. Las denegaciones de autorización de seguro también son una exención de las tasas.
- Estos honorarios no están cubiertos por el seguro y, por lo tanto, es responsabilidad exclusiva del paciente.

III Autorización de tarjeta de credito

- Al colocar mi firma a continuación, por la presente autorizo a **Center for Vein Wellness** a cargar automáticamente mi tarjeta de crédito registrada por la política de cancelación y no presentación acordada, y reconozco los cargos mencionados anteriormente. También entiendo que la información de mi tarjeta de crédito también se guardará para archivarla en transacciones futuras.

Cómo cancelar su cita

Para cancelar o reprogramar citas llámenos al **310.402.2849** o envíenos un correo electrónico a **lux@luxaestheticsurgery.com**

Si tiene algún problema para comunicarse con la línea directa, puede enviarnos un correo electrónico con su nombre, fecha de la cita y motivo de cancelación o solicitud de reprogramación.

Gracias por su continuo apoyo.

Firma sobre nombre impreso

Fecha _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Por la presente reconozco que he recibido instrucciones sobre el acceso a la copia digital del Aviso de prácticas de privacidad del Center for Vein Wellness en su sitio web. Además, reconozco que una copia del aviso actual está publicada en el área de recepción y que una copia de cualquier Aviso de prácticas de privacidad modificado estará disponible en cada cita.

Firma (Paciente, Representante Legal) _____

Fecha _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación

- ☐ Padre o tutor del paciente menor
☐ Tutor o curador de un paciente incompetente

Firma de testigo _____

Fecha _____

AVISO DE BASE DE DATOS DE PAGO ABIERTA

El proyecto de ley 1278 de la Asamblea de California exige que los médicos y sus empleadores proporcionen a los pacientes avisos sobre la base de datos de Open Payments a partir del 1 de enero de 2023.

La base de datos Open Payments es una herramienta federal que se utiliza para buscar pagos realizados por compañías de medicamentos y dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Se puede encontrar en <https://openpaymentsdata.cms.gov>; solo para fines más informativos, aquí se proporciona un enlace a la página web de Pagos Abiertos de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) federales. La Ley Federal de Pagos a Médicos (Physician Payments Sunshine Act) exigía que se pusiera a disposición del público información detallada sobre pagos y otros pagos de valor superior a diez dólares (\$10) por parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y productos biológicos a médicos y hospitales universitarios.

He leído el aviso anterior para la base de datos de Open Payments. Al firmar este documento, certifico que conozco la Base de Datos de Pagos Abiertos.

Firma (Paciente, Representante Legal) _____

Fecha _____

Si firma otra persona que no sea el paciente, indique la relación

- ☐ Padre o tutor del paciente menor
☐ Tutor o curador de un paciente incompetente

Firma de testigo _____

Fecha _____

CUESTIONARIO DE HISTORIAL MÉDICO

Todas las preguntas contenidas en este cuestionario son estrictamente confidenciales y formarán parte de su expediente médico.

Nombre (Apellido, Primero, Inicial del Segundo)	☐ M ☐ F	Fecha de Nacimiento
Estado Civil ☐ Soltero/a ☐ En pareja ☐ Casado/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a		
Médico de Cabecera	Razón de la Visita	
Médico remitente		

HISTORIAL MÉDICO PERSONAL

Anote todos los problemas médicos que otros doctores le hayan diagnosticado

Cirugías

Año	Motivo	Hospital

Otras internaciones

Año	Motivo	Hospital

Anote sus medicamentos recetados y de venta libre, como vitaminas e inhaladores

Nombre del medicamento	Fuerza	Frecuencia con que lo toma

Alergias a medicamentos

Nombre del medicamento	Reacción que tuvo

HÁBITOS DE SALUD Y SEGURIDAD

TODAS LAS PREGUNTAS EN ESTE CUESTIONARIO SON OPTATIVAS Y SERAN MANTENIDAS EN ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD.

Alcohol	¿Bebe alcohol?		☐ Sí	☐ No
	Si lo hace, ¿de qué tipo?		¿Cuántas bebidas por semana?	
Tabaco	¿Usa tabaco?		☐ Sí	☐ No
	☐ Cigarrillos – paquetes/día	☐ Masticable - #/día	☐ Pipa - #/día	☐ Cigarros - #/día
	☐ # de años	☐ o años que lo dejó		
Drogas	¿Usa drogas recreativas o de la calle, actualmente?		☐ Sí	☐ No
	¿Alguna vez se ha inyectado drogas de la calle con una aguja?		☐ Sí	☐ No

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

	EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS		EDAD	PROBLEMAS DE SALUD SIGNIFICATIVOS
Padre			Niños	☐ M ☐ F	
Madre				☐ M ☐ F	

SÓLO MUJERES

Cantidad de embarazos ____ Cantidad de alumbramientos con vida ____		
¿Está embarazada o amamantando?	☐ Sí	☐ No

OTROS PROBLEMAS (VERIFIQUE SI TIENE, O HA TENIDO CUALQUIER SÍNTOMA EN LAS SIGUIENTES ÁREAS DE MANERA SIGNIFICATIVA)

General	☐ Pérdida o suba de peso	☐ Fatiga	☐ Fiebre o escalofríos	☐ Debilidad
Piel	☐ Sarpullido	☐ Picazón	☐ Cambios de pigmentación	
Respiratorio	☐ Tos	☐ Espujo	☐ Falta de aliento	☐ Sibilancias
Cardiovascular	☐ Dolor en el pecho	☐ Palpitaciones	☐ Hinchazón	
Gastrointestinal	☐ Quemazón en el pecho	☐ Sangramiento del Recto	☐ Constipación	☐ Diarrea
Vascular	☐ Dolor de pantorrilla/s al caminar	☐ Calambres en las piernas	☐ Dolor de Piernas	
	☐ Hinchazón de piernas	☐ Venas Varicosas	☐ Enrojecimiento / Inflamación	
Musculo-esquelético	☐ Dolor muscular o en las articulaciones	☐ Hinchazón de las articulaciones		
Neurológico	☐ Mareos	☐ Desmayos	☐ Convulsiones	☐ Entumecimientos
	☐ Hormigueos	☐ Temblores		
Hematológico	☐ Facilidad para tener moretones	☐ Facilidad para sangrar	☐ Coágulos sanguíneos	
Endócrino	☐ Intolerancia al frío o al calor	☐ Sudoraciones	☐ Orina frecuente ☐ Sed	
Enfermedad infecciosa	☐ VIH/SIDA	☐ Hepatitis B	☐ Hepatitis C	

Firma sobre nombre impreso _____

Fecha _____

VASCULAR SCREENING QUESTIONNAIRE

- ☐ Yes ☐ No 1. Leg pain, aching or cramping?
- ☐ Yes ☐ No 2. Do you get numbness in feet/legs?
- ☐ Yes ☐ No 3. Do you have varicose veins?
- ☐ Yes ☐ No 4. Do you get swelling of ankles or feet?
- ☐ Yes ☐ No 5. Do you have restless legs?
- ☐ Yes ☐ No 6. Do you easily get fatigue of legs when walking?
- ☐ Yes ☐ No 7. Burning or itching of the skin on the legs?
- ☐ Yes ☐ No 8. Do you have any skin discoloration?
- ☐ Yes ☐ No 9. Any history of leg ulcers?
- ☐ Yes ☐ No 10. Are you diabetic?
- ☐ Yes ☐ No 11. Burning or tingling in feet?
- ☐ Yes ☐ No 12. Any toe or toenail changes in color and/or texture?
- ☐ Yes ☐ No 13. Do you have cold feet/toes?
- ☐ Yes ☐ No 14. Any family history of circulatory/blood clot problems?
- _____ 15. How far (or how many minutes) can you walk before you get cramping (claudication) or pain in your legs?

Signature over Printed Name

CUESTIONARIO DE EVALUACION VASCULAR

- ☐ Sí ☐ No 1. Tiene dolor o calambres en las piernas?
- ☐ Sí ☐ No 2. Tiene sensacion de adormecimiento en las piernas?
- ☐ Sí ☐ No 3. Tiene venas varicosas?
- ☐ Sí ☐ No 4. Tiene hinchazon en los tobillos o los pies?
- ☐ Sí ☐ No 5. Tiene movimientos involuntarios en las piernas?
- ☐ Sí ☐ No 6. Se siente cansado/a facilmente al caminar?
- ☐ Sí ☐ No 7. Siente ardor o picazón en las piernas?
- ☐ Sí ☐ No 8. Tiene usted alguna decoloración de la piel?
- ☐ Sí ☐ No 9. Tiene historia de úlceras en las piernas?
- ☐ Sí ☐ No 10. Es usted diabético?
- ☐ Sí ☐ No 11. Siente ardor o hormigueo en los pies?
- ☐ Sí ☐ No 12. Tiene cambio de color o textura en las unas?
- ☐ Sí ☐ No 13. Siente los dedos o pies frios?
- ☐ Sí ☐ No 14. Tiene historia familiar de problemas circulatorios o coagulos de sangre?
- _____ 15. Qué tan lejos (o cuanto tiempo) puede caminar antes de sentir de calambres (claudicación) o dolor en las piernas?

Firma sobre nombre impreso

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO CIRUGÍA O PROCEDIMIENTO ESPECIAL

Autorizo al **Dr. Haimesh Shah** y a sus asociados o asistentes a realizar la siguiente operación o procedimiento:

Desbridamiento por escisión de la úlcera: _____ O bien, otro procedimiento: _____

Durante el procedimiento, si su médico cree que se necesitan otros procedimientos para su salud o seguridad, esos otros procedimientos se realizarán bajo su dirección.

ANESTESIA: El procedimiento se realizará bajo ☒ Actual ☒ Local ☐ Otra anestesia

DERECHO DE INFORMACIÓN O RECHAZO:

Su procedimiento tiene algunos riesgos, incluido el riesgo de resultados fallidos, complicaciones, lesiones o incluso la muerte, tanto por causas conocidas como imprevistas. Usted tiene derecho a que se le informe sobre:

- La naturaleza del procedimiento;
- Los beneficios y riesgos esperados del procedimiento, incluidos los posibles problemas que puedan ocurrir durante la recuperación;
- La probabilidad de alcanzar los objetivos del tratamiento;
- Alternativas razonables al procedimiento, y sus beneficios, riesgos y efectos secundarios, incluyendo lo que podría suceder si no se somete al procedimiento;
- Cualquier investigación o interés financiero que su(s) médico(s) pueda tener relacionado con su operación.

Excepto en caso de emergencia, su procedimiento no se realizará hasta que haya recibido esta información y haya dado su consentimiento para someterse al procedimiento. Puede negarse a someterse al procedimiento propuesto en cualquier momento antes de que comience el procedimiento.

REPRESENTANTES DE DISPOSITIVOS MÉDICOS:

Es posible que su médico haya solicitado la presencia de representantes de una compañía de dispositivos médicos para ayudar con los dispositivos o equipos médicos utilizados en su procedimiento. Los nombres de los representantes se documentarán en la historia clínica. Estos representantes no son médicos, enfermeras, agentes o representantes del Centro. Tiene derecho a negarse a que estén presentes. Por favor, discuta cualquier pregunta sobre su presencia con su/s médico/s.

OTROS OBSERVADORES:

Otras personas que no participarán en su procedimiento pueden estar presentes en la sala, o tal vez observando su procedimiento mediante comunicación auditiva o visual, como parte de la capacitación educativa. Estos observadores pueden incluir médicos residentes, estudiantes o pasantes inscritos en un programa de capacitación profesional de la salud afiliado al Centro.

ELIMINACIÓN DE TEJIDOS:

Al firmar este formulario de consentimiento, usted da permiso para que el patólogo decida cómo deshacerse de cualquier parte del cuerpo, órgano u otro tejido que le hayan extraído durante el procedimiento. Si desea establecer condiciones especiales sobre el uso o eliminación de sus pañuelos, puede hacerlo aquí: _____

LOS RESULTADOS NO ESTÁN GARANTIZADOS:

Entiendo que no se ha garantizado los resultados del procedimiento y que es posible que mi condición no se cure.

RECONOCIMIENTO y FIRMA:

Al firmar este formulario usted está indicando que:

- Ha leído y comprende la información de este formulario;
- Su médico ha hablado con usted sobre el procedimiento y le ha explicado los riesgos y beneficios y cualquier problema previsible;
- Su médico ha discutido los métodos alternativos de tratamiento disponibles, los riesgos y beneficios y lo que sucedería si no se sometiera al procedimiento;
- Tuvo la oportunidad de hacerle preguntas a su médico sobre el procedimiento;
- Usted autoriza y consiente la realización del procedimiento y la anestesia.

En relación con la atención médica que estoy recibiendo a través de este centro, doy mi consentimiento para que se tome cualquier fotografía digital de las áreas de la herida en mi cuerpo, bajo las siguientes condiciones: Las fotografías se tomarán con la única intención de fines de registros médicos y que en ningún momento se nombrará mi nombre, o cualquier otro material de identificación que pueda estar conectado a estas fotografías que pueda violar mi privacidad según HIPAA.

Firma del paciente o testigo / Fecha

Firma del médico / Fecha



VEIN & WOUND
INSTITUTE

310.402.2849

310.402.2849

AUTORIZACIÓN PARA EL USO / DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD

Autorización de Uso / Divulgación de Información:

Doy mi consentimiento voluntario para autorizar a mi proveedor de atención médica, **Center for Vein Wellness o Haimesh Shah, MD**, a usar o divulgar mi información de salud durante el plazo de esta Autorización a los destinatarios que he identificado a continuación.

Destinatario: Autorizo que mi información de atención médica sea divulgada a los siguientes destinatarios:

Nombre: _____

Dirección: _____

Propósito: Autorizo la divulgación de mi información de salud para el siguiente propósito específico:

(Nota: "a petición del paciente" es suficiente si el paciente está iniciando esta Autorización)

Información a divulgar: Autorizo la divulgación de la siguiente información de salud:

(marque la casilla correspondiente a continuación)

☐ Toda mi información de salud que el proveedor tenga en su poder, incluida la información relacionada con cualquier historial médico, condición mental o física y cualquier tratamiento recibido por mí.

☐ Solo los siguientes registros o tipos de información de salud:

Plazo: Entiendo que esta Autorización permanecerá vigente:

☐ Desde la fecha de esta Autorización hasta el día ____ de _____, 20 ____.

☐ Hasta que el Proveedor cumpla con esta solicitud.

☐ Hasta que ocurra el siguiente evento: _____

Redivulgación:

Entiendo que mi proveedor de atención médica no puede garantizar que el destinatario no divulgará mi información médica a un tercero. Es posible que no se le exija al tercero que cumpla con esta Autorización o con las leyes federales y estatales aplicables que rigen el uso y la divulgación de mi información médica.

Nota:

Esta autorización no se extiende a los resultados de las pruebas de VIH, las notas de psicoterapia para pacientes ambulatorios, los registros de tratamiento de drogas o alcohol que están protegidos por la ley federal o los registros de salud mental que están protegidos por la Ley Lanterman Petris.

Negativa a firmar / derecho de revocación:

Entiendo que firmar este formulario es voluntario y que si no lo firmo, no afectará el inicio, la continuación o la calidad de mi tratamiento en **Center for Vein Wellness o Haimesh Shah, MD**. Si cambio de opinión, entiendo que puedo revocar esta autorización proporcionando un aviso de revocación por escrito al **Center for Vein Wellness o a Haimesh Shah, MD** a la dirección que se indica a continuación. La revocación entrará en vigencia inmediatamente después de que mi proveedor de atención médica reciba mi notificación por escrito, excepto que la revocación no tendrá ningún efecto sobre ninguna acción tomada por mi proveedor de atención médica en función de esta Autorización antes de recibir mi notificación de revocación por escrito.

Preguntas:

Puedo comunicarme con **Center for Vein Wellness o Haimesh Shah, MD** para obtener respuestas a mis preguntas sobre la privacidad de mi información de salud en 2460 N Ponderosa Dr., Suite A101, Camarillo, CA 93010, o por teléfono al 310 402 2849.

Firma (Paciente, Representante Legal) _____

Fecha _____ Hora _____

Si está firmado por alguien que no sea el paciente, indique la relación

☐ ☐

☐ ☐

Firma del testigo _____

Fecha _____ Hora _____