



3411 N. 5<sup>th</sup> Ave, Suite 301, Phoenix, AZ 85013  
9192 W. Union Hills Drive, Peoria, AZ 85382  
2204 S. Dobson Rd. Suite 201, Mesa, AZ 85022  
421 E. Cottonwood Ln. Casa Grande, AZ 85122  
222 S. Summit Ave Suite C Prescott, AZ 86303

Phone: 602.374.4101  
Fax: 602.441.0522

Phone: 928.250.7700  
Fax: 928.946.0024

520 NM-564., Gallup, NM 87301

Phone: 505.542.0090  
Fax: 505.542.0155

## Política Financiera

Gracias por elegir Sonoran Vein and Endovascular para sus necesidades de atención médica. Revise nuestra política financiera y escriba sus iniciales en cada uno de los espacios a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Autorizo a Sonoran Vein and Endovascular a facturar a mi compañía de seguros en mi nombre. Autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Aceptarán facturar mi compañía de seguros de manera oportuna siempre que la información proporcionada sea precisa.

\_\_\_\_\_ Entiendo que es mi responsabilidad conocer mi póliza de atención médica, verificar todos los beneficios y la información de mi cobertura antes de servicios que se están prestando. Entiendo que es mi responsabilidad **SIEMPRE** notificar a Sonoran Vein and Endovascular de cualquier cambios en mi plan o póliza de seguro antes de mi visita.

\_\_\_\_\_ Acepto pagar mi copago, coseguro, deducible, el 20 % de los servicios potenciales que se prestarán o cualquier servicio no cubierto que mi seguro considera "responsabilidad del paciente" **AL MOMENTO DEL SERVICIO**. Entiendo Sonoran Vein and Endovascular acepta cheques personales, la mayoría de las principales tarjetas de crédito, tarjetas de débito y efectivo como forma de pago.

\_\_\_\_\_ Entiendo que debo **pagar cualquier saldo pendiente del paciente antes de programar citas futuras.**

\_\_\_\_\_ Entiendo que puedo ser personalmente responsable del pago si:

- No tengo cobertura de seguro activa (consulte por nuestra política de "Pago en Efectivo")
- Recibo un servicio que no está cubierto por mi póliza o si mi seguro no es aceptado por Sonoran Vein and Endovascular
- Mi compañía de seguros rechaza mi reclamo por cualquier motivo que no se pueda resolver

\_\_\_\_\_ Acepto pagar una tarifa si:

- Si no me presento o si decido cancelar una cita que he programado sin avisar con suficiente antelación (24 horas). Habrá una tarifa de \$50 para todas las citas entre semana entre las 7:00 a. m. y las 5:00 p. m. Habrá una tarifa de \$75.00 por **CUALQUIER** cita programada como "Procedimiento", incluidas las citas de ultrasonido, ya que requieren ciertos plazos para fines de programación.

\_\_\_\_\_ Acepto pagar puntualmente. Entiendo que se puede cobrar una tarifa de procesamiento de \$10 si se realizan más de tres estados de cuenta deben enviarse por correo y no pago mi saldo en su totalidad ni acepto un plan de pago. Además Sonoran Vein and Endovascular se reserva el derecho de enviarme a cobranzas si no se puede llegar a un acuerdo amistoso para cualquier saldo impago. En caso de que mi cuenta sea enviada a una agencia de cobranza, entiendo que habrá un cargo adicional del 50 % del saldo para cubrir los gastos de recogida.

Firma de paciente: X \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Formulario de Registro de paciente

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ H/M  
Apellido Nombre

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numero de Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Otros numeros: \_\_\_\_\_ **Está bien dejar mensajes/correo de voz: Si o No**

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Correo: \_\_\_\_\_

Estado civil (Circule uno): Soltero(a)/Divorciado(a)/Casado(a)/Separado/Viudo(a)

Empleador: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Retirado: \_\_\_\_\_ **Farmacia:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Numero de Telefono:** \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia:** \_\_\_\_\_ **Telefono:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_

**Doctor Primario:** \_\_\_\_\_ **Telefono #:** \_\_\_\_\_

**Doctor referente:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Telefono#:** \_\_\_\_\_

**Cardiólogo:** \_\_\_\_\_ **Nefrólogo (Riñón):** \_\_\_\_\_

Cualquier radiografía/CT/MRI/CTA o ultrasonido realizado en las piernas.? \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, cuándo y dónde: \_\_\_\_\_

### Información del Seguro

**Tenga todas las tarjetas de seguro disponibles para una copia al momento del servicio**

**Primaria:** \_\_\_\_\_ **Secundaria:** \_\_\_\_\_

Identificación de miembro: \_\_\_\_\_ Identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Tenedor de póliza: \_\_\_\_\_ Tenedor de póliza: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_

Número de grupo: \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Número de seguro social:** \_\_\_\_\_ **Número de seguro social:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

relación con el asegurado: \_\_\_\_\_ relación con el asegurado: \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que un médico no revisará la documentación preliminar hasta la fecha de la visita al consultorio del paciente y no tiene como objetivo establecer una relación médico-paciente.

### **Autorización de seguro y consentimiento de cesión**

*Solicito que el pago de los beneficios del seguro autorizado se realice a mí o en mi nombre a Sonoran Vein and Endovascular, por cualquier servicio que me brinde el médico o proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica sobre mí a revelar a mi aseguradora y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.*

**Firma del paciente:** X \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Historia de Cirugía:**

Cirugía	Año	Cirugía	Año

**Por favor circule cualquiera de los siguientes problemas de salud que haya tenido o tenga ahora:**

- |                                      |                                |                       |                              |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Hipertensión                         | Cataratas                      | Hiperlipidemia        | Neumonía                     |
| Accidente cerebrovascular/TIA        | Enfisema/epoc                  | Apnea del sueño       | Anemia                       |
| Reflujo gástrico                     | Aneurisma                      | Colitis Ulcerosa      | Problemas de vejiga          |
| Angina/dolor de pecho                | Nefropatía                     | Infarto de miocardio  | VIH/SIDA                     |
| Insuficiencia cardíaca               | Hepatitis                      | Fibrilación auricular | Trastornos de la coagulación |
| Marcapasos                           | Hipertiroidismo/Hipotiroidismo | Varices               | Trastorno convulsivo         |
| Diabetes                             | Cancer                         | Asma                  | Úlceras de estómago          |
| Enfermedad hepática                  | BPH                            | Glaucoma              | Ansiedad                     |
| Dolor en las pantorrillas al caminar |                                | Depresión             | Demencia                     |

Otros problemas de salud no enumerados: \_\_\_\_\_

**Por favor indique cualquier alergia a medicamentos:** \_\_\_\_\_

**Medicamentos/Suplementos:**

Medicamento	Dosificación	Cantidad	Frecuencia	Medicamento	Dosificación	Cantidad	Frecuencia

**HISTORIA SOCIAL:** Consumo de tabaco:  SI # de paquetes diarios \_\_\_  NO  Abandonar \_\_\_ (año) Cigarrillo

Electrónico:  SI  NO

Consumo de Alcohol:  NO  SI Tipo: \_\_\_\_\_ # Por Dia: \_\_\_ # Por Semana: \_\_\_  SOCIALMENTE

Uso de drogas recreativas:  SI Tipo: \_\_\_\_\_  NO

Oxígeno:  SI LPM \_\_\_\_\_  NO  Solamente necesario Dispositivos de asistencia: \_\_\_\_\_

**HISTORIA FAMILIAR:  ADOPTADO(A), HISTORIA DESCONOCIDA**

MADRE: VIVIENDO <input type="checkbox"/> FALLECIDA <input type="checkbox"/> EDAD: _____	FATHER: VIVIENDO <input type="checkbox"/> FALLECIDO <input type="checkbox"/> EDAD: _____
Cardiopatía: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hipertensión: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Cardiopatía: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hipertensión: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabetes: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO Hiperlipidemia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Diabetes: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Hiperlipidemia: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cancer: <input type="checkbox"/> SI Tipo: _____ <input type="checkbox"/> NO	Cancer: <input type="checkbox"/> SI Type: _____ <input type="checkbox"/> NO
Coágulos de sangre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastorno de coagulación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Coágulos de sangre: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Trastorno de coagulación: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Enfermedad Arterial: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad Arterial: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Varices: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Varices: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Nefropatía: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad hepática: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Nefropatía: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Enfermedad hepática: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Por favor indique si ha experimentado alguno de los siguientes en el último año**

**General**

Fiebre \_\_\_\_\_  
Escalofríos \_\_\_\_\_  
Sudores \_\_\_\_\_  
Anorexia \_\_\_\_\_  
Fatiga \_\_\_\_\_  
Pérdida de peso \_\_\_\_\_

**OTORRINOLARINGÓLOGO**

Visión borrosa o doble \_\_\_\_\_  
Pérdida de visión \_\_\_\_\_  
Cataratas \_\_\_\_\_  
Zumbido en el oído \_\_\_\_\_  
Audición disminuida \_\_\_\_\_

**Cardiovascular**

Malestar en el pecho \_\_\_\_\_  
Latidos saltados \_\_\_\_\_  
Hinchazón en tobillos/pies \_\_\_\_\_  
Sensación de aleteo en el pecho \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Respiratorio**

Dificultad para respirar \_\_\_\_\_  
Tos crónica \_\_\_\_\_  
Asma \_\_\_\_\_  
Sibilancias \_\_\_\_\_

**Gastrointestinal**

Indigestión \_\_\_\_\_  
Náuseas \_\_\_\_\_  
Vómitos \_\_\_\_\_  
Diarrea \_\_\_\_\_  
Constipación \_\_\_\_\_  
Dolor abdominal \_\_\_\_\_  
Úlceras \_\_\_\_\_

**Genitourinario**

Pérdida de vejiga \_\_\_\_\_  
Sangre en la orina \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético**

Arthritis \_\_\_\_\_  
Dolor de espalda \_\_\_\_\_  
Dolor en las articulaciones \_\_\_\_\_  
Debilidad muscular \_\_\_\_\_

**Piel**

Erupción cutánea \_\_\_\_\_  
Picor \_\_\_\_\_  
Sequedad \_\_\_\_\_  
Lesiones sospechosas \_\_\_\_\_  
Úlcera \_\_\_\_\_  
Lesión \_\_\_\_\_

**Neurológico**

Pérdida de memoria \_\_\_\_\_  
Convulsiones \_\_\_\_\_  
Vertigo \_\_\_\_\_  
Debilidad \_\_\_\_\_  
Ataque \_\_\_\_\_

**Extremidades**

Edema \_\_\_\_\_  
Úlceras abiertas \_\_\_\_\_  
Gangrena \_\_\_\_\_  
Descoloramiento \_\_\_\_\_

**Psicológico**

Depresión \_\_\_\_\_  
Ansiedad \_\_\_\_\_  
Pérdida de memoria \_\_\_\_\_  
Estrés inusual \_\_\_\_\_

**Endocrina**

Intolerancia al frío \_\_\_\_\_  
Intolerancia al calor \_\_\_\_\_  
Sed excesiva \_\_\_\_\_

**Hematología/Linfático**

Masas/Bultos en los senos \_\_\_\_\_  
Agrandar los ganglios linfáticos \_\_\_\_\_  
Moretones inexplicables \_\_\_\_\_

**Alergia/Inmunológico**

Fiebre del heno \_\_\_\_\_  
Polvo/polen \_\_\_\_\_  
Alergias \_\_\_\_\_  
Infecciones persistentes \_\_\_\_\_

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD, DIRECTIVAS ANTICIPADAS E INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

### Prácticas de privacidad/HIPAA/Declaración de derechos

- Reconozco que he recibido una copia escrita de los derechos y responsabilidades del paciente, la divulgación de propiedad y el aviso de prácticas de privacidad antes de prestar cualquier servicio.
- Doy mi consentimiento para usos y divulgación para que los empleados de Sonoran Vein and Endovascular dejen mensajes en mi:  Casa  Celular  Trabajo

Los miembros de la familia, parientes o otras personas importantes que he enumerado pueden tener acceso a mi información de salud protegida con el fin de llevar a cabo el tratamiento y/o el pago de operaciones de atención médica y son las siguientes personas :

1. Nombre de la persona/Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_
2. Nombre de la persona/Relación: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Si nadie es el contacto preferido para el consentimiento anterior, por favor marque aquí:

### Directivas Anticipadas

**Entiendo que tengo derecho a tomar decisiones con respecto al tratamiento para mantener la vida, incluidas las medidas de reanimación.** (Elija uno a continuación)

- Sí, le he proporcionado al centro una copia de mis directivas anticipadas/testamento vital/poder para la atención médica.**
- Sí, Tengo una directiva anticipada/testamento vital/poder de atención médica, pero no los traje conmigo en este momento.**
- No, No tengo directivas anticipadas/testamento vital/poder de atención médica.** Me han ofrecido información sobre cómo puedo obtener una directiva anticipada/testamento vital/poder de atención médica. *(Si se elige "sí" arriba, Estoy de acuerdo en que el centro ha explicado su política con respecto al cumplimiento de este documento y que, si es necesario; Seré reanimado y trasladado a un hospital de cuidados intensivos. Acepto proceder con los procedimientos propuestos según lo programado).*

### Contactos y transporte de emergencia y no emergencia

Contacto/Relación de Emergencia: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono de emergencia: Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

**Reconozco que toda la información proporcionada es correcta, según mi conocimiento. Si alguna información puede cambiar, informaré a Sonoran Vein and Endovascular.**

Por la presente autorizo y doy mi consentimiento para que me transfieran en ambulancia a un hospital de cuidados intensivos si mi médico determina que es necesario. Además, autorizo la divulgación de mis registros médicos del hospital para que se devuelvan al centro quirúrgico.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (imprimir) \_\_\_\_\_

Firma del paciente: X \_\_\_\_\_

Firma del testigo: X \_\_\_\_\_

## **Aviso de prácticas de privacidad y HIPAA**

Como paciente de Sonoran Vein and Endovascular queremos brindarle la mejor atención posible. Queremos que se sienta libre de revelar toda la información al médico para que se pueda brindar un tratamiento eficaz. Según lo exigen las disposiciones de privacidad de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Sonoran Vein and Endovascular le proporciona a usted, el paciente del representante legal del paciente, una copia de nuestro Aviso de Privacidad. Las regulaciones de HIPAA nos exigen que le proporcionemos esta información y que obtengamos su firma o la firma de su representante legal como prueba de que ha recibido nuestro Aviso de Privacidad. *Nuestra política es proteger la confidencialidad, integridad y seguridad de la información personal y de salud protegida de nuestros pacientes y evitar el acceso no autorizado o el uso de dicha información. Esta política se aplica tanto a pacientes actuales como a ex pacientes.*

La Información de Salud Protegida (PHI) es información personal y de salud identificable individualmente e incluye cualquier información obtenida por Sonoran Vein and Endovascular, en relación con la prestación de tratamiento de atención médica, la obtención de pagos y operaciones de atención médica relacionadas. Esto se relaciona con la información pasada, presente y futura que Sonoran Vein and Endovascular recibe de usted como nuestro paciente. Usaremos esta información para brindarle atención médica atenta y de calidad. Ejemplos de PHI incluyen diagnóstico, tratamiento y comunicaciones, orales y escritas, e incluyen contestadores automáticos, correo de voz y correo electrónico, utilizados para seguimiento, programación de citas, recordatorios e informes de resultados de pruebas. Como parte de nuestras operaciones de atención médica estándar, podemos compartir esta información con una instalación como un hospital, laboratorio, servicio de diagnóstico o proveedor de atención médica para coordinar su tratamiento de la manera más eficiente. Para las compañías de seguros, su información se utilizará para presentar reclamos y obtener el pago por los servicios prestados. Intercambiaremos datos con su compañía de seguros para actividades tales como confirmar su elegibilidad con el plan, determinaciones de beneficios y cobertura, y revisión de precertificación/autorización y utilización. Su información se mantiene en nuestra oficina en nuestro sistema de información de gestión de práctica. También mantenemos información sobre usted en nuestro sistema de Registro Médico Electrónico (EMR). Sonoran Vein and Endovascular limita el acceso a su PHI a aquellos empleados y socios comerciales que necesitan conocer esta información y restringimos los tipos y la cantidad de información proporcionada a la que es "mínimamente necesaria" para llevar a cabo su trabajo. No divulgamos PHI a terceros para fines distintos del tratamiento, pago u operaciones de atención médica a menos que ocurran las siguientes excepciones:

- Recibimos una autorización firmada por usted para divulgar su información de identificación individual. Usted, el paciente o el tutor autorizado firmarán una autorización. Esta autorización se colocará en su expediente médico. Usted, el paciente o el tutor autorizado pueden cancelarlo en cualquier momento. Si desea acceso limitado o acceso de una persona específica a su PHI, complete un formulario de Solicitud para restringir el uso y divulgación de información médica protegida.
- La ley federal, estatal u otra ley aplicable nos exige que compartamos su PHI.
- Propósitos de Compensación para Trabajadores

Tiene derecho a solicitar una revisión de su PHI, modificar sus registros y solicitar restricciones sobre cómo se utiliza su PHI. Puede solicitar un informe de cómo se ha divulgado su PHI. Cualquier solicitud de enmienda o restricción al uso de su PHI debe realizarse por escrito. Tiene derecho a solicitar una copia de su expediente médico. Sonoran Vein and Endovascular hará todo lo posible para proporcionarle su registro dentro de un período de tiempo razonable y sujeto a los cargos normales por copia. Si tiene alguna pregunta, comentario o queja sobre la administración de su PHI, comuníquese con nuestra oficina y con el Gerente de práctica. Si dichas quejas no se resuelven, usted tiene derecho a informar al Departamento de Salud y Servicios Humanos.

9192 W. Union Hills Drive, Peoria, AZ 85382

Phone: 602.374.4101

Fax: 602.441.0522