



### REGISTRACION DE PACIENTE

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

Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: M F

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Al tratar de ponerse en contacto conmigo, el mejor número de teléfono es: \_\_\_\_\_

Un número de teléfono alternativo es: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

¿Podemos enviar un texto? S N ¿Dejar un mensaje de voz? S N ¿Enviar un correo electrónico? S N

Contacto de Emergencia:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**\*\* TRAIGA SUS SEGUROS Y TARJETA DE IDENTIFICACIÓN A SU PRIMERA VISITA\*\***

### INFORMACIÓN DEL MÉDICO

Mi médico de atención primaria es: \_\_\_\_\_

La dirección es: \_\_\_\_\_

El número de teléfono es: \_\_\_\_\_ El número de fax es: \_\_\_\_\_

### NOTICIA IMPORTANTE

Los requisitos de seguro varían de un plan a otro. Usted es responsable de obtener todas y cada una de las referencias requeridas por su seguro. Si no está seguro de lo que su seguro requiere para ser visto por un especialista, póngase en contacto con ellos antes de su primera cita. Por favor, asegúrese de que las referencias están en su lugar antes de su visita.

**Si tienes alguna pregunta, no dude en llamarnos al 978-922-8346**

**Historia Médica del Paciente**

**- POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS A CONTINUACIÓN**

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

**Describa sus síntomas principales marcando TODOS los que correspondan:**

**Dolor**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Pesado**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Comezón**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Hinchazón**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Calambres**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Palpitante**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Pierna Inquieta**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Erupción cutánea**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Descoloramiento**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Úlceras**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Cansancio/Fatiga**                      Izquierda \_\_\_\_                      Derecho \_\_\_\_                      Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**¿Qué empeora sus síntomas?** \_\_\_\_\_

**¿Qué hace que sus síntomas se sientan mejor?** \_\_\_\_\_

**¿El dolor o calambres le despierta durante la noche causando trastornos del sueño?**    **SÍ**                      **NO**

**¿Ayuda el analgésico de venta libre?**                      **SÍ**                      **NO**

**¿Eleva las piernas ayuda?**                      **SÍ**                      **NO**

**¿Con qué frecuencia se pierde un día de trabajo debido a sus síntomas?**                      **SÍ**                      **NO**

**¿El caminar o el ejercicio causan dolor?**                      **SÍ**                      **NO**

**TRATAMIENTO ANTERIOR Y HISTORIA FAMILIAR**

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

¿Alguna vez ha usado Medias de Compresión? SÍ      NO

Si la respuesta es sí, cuánto tiempo hace? \_\_\_\_\_.

¿Te ayudaron? SÍ      NO

¿Alguna vez ha tratado de las venas varicosas? SÍ      NO

Si la respuesta es sí:

¿Cuánto tiempo hace? \_\_\_\_\_ ¿Dónde? \_\_\_\_\_

¿Quién fue el doctor que te trató? \_\_\_\_\_

¿Alguien en su familia tiene antecedentes de venas varicosas, coágulos de sangre (TVP), embolias pulmonares u otros trastornos de la coagulación? ¿Tiene alguna historia médica significativa que debamos tener en cuenta?

Por ejemplo: cirugías y condiciones médicas que requieren medicamentos o tratamiento.

---

---

---

---

---

Mujeres: ¿Cuántos embarazos tuvo? \_\_\_\_\_

¿Sus síntomas empeoraron durante el embarazo? SÍ      NO

¿Ha tenido varices vulvares o dolor pélvico inexplicable? SÍ      NO

¿En qué trabajas? \_\_\_\_\_

Describir sus hábitos de ejercicio: \_\_\_\_\_

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

¿Viaja con frecuencia?    SÍ    NO

¿Tiene planes de viaje en un futuro próximo?    SÍ    NO (Esto puede afectar su tratamiento programado).

Si la respuesta es SÍ, díganos cuándo, dónde y cómo viajará:

\_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS

IMPORTANTE: ¿Toma medicamentos para adelgazar la sangre?    SÍ    NO

En caso que sí, ¿cuál (es) \_\_\_\_\_

¿Es usted alérgico a cualquier medicamento, látex o colorante de contraste? En caso que la respuesta es sí, por favor indique los detalles:

Medicamentos

Describe tu reacción

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no tiene una copia impresa de sus medicamentos actuales que puede llevar a su primera cita, escríbalos a continuación:

Nombre

Dosificación

Frecuencia

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



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

**¿Cómo se entero de nosotros?** \_\_\_\_\_

**¿Qué esperas conseguir tratando tus venas varicosas?**

---

---

---

---



## AVISO DE PRIVACIDAD

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

### **Introducción**

Los Especialistas Vasculares de North Shore proveen este aviso para cumplir con el Reglamento de Privacidad emitido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de acuerdo con la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA).

Entendemos que su información de salud es personal. En consecuencia, nos comprometemos a proteger la privacidad de su información médica individual. Por lo tanto, este aviso se aplica a todos los registros de su atención generados por nuestra práctica. Esta información se conoce como su expediente médico o Información Protegida de Salud (PHI).

Estamos obligados por ley a realizar lo siguiente:

- Asegurar que la información personal sobre la salud permanezca privada.
- Distribuir un aviso de nuestras obligaciones legales y prácticas de privacidad.
- Seguir los términos de la notificación vigente.

### **¿Cómo se usa y divulga la PHI?**

Para propósitos del tratamiento: podemos divulgar su PHI a médicos, enfermeras, estudiantes y otros profesionales de la salud que le proporcionen servicios de atención médica o estén involucrados en su atención. Es posible que debamos hablar con otros profesionales de la salud que pueden estar tratando a usted o a quien le referimos.

Para el pago: podemos revelar PHI con el fin de facturar y cobrar el pago a su compañía de seguros o otro tercero, o para obtener autorización / aprobación, o determinar si su plan cubrirá un tratamiento.

Para las operaciones de atención médica: nos esforzamos para ejecutar nuestra práctica de manera eficiente y para garantizar que reciba la más alta calidad de atención. Esto puede incluir revisar si los tratamientos nuevos o existentes son efectivos, evaluar el desempeño de nuestro personal y tomar decisiones sobre su tratamiento. Su identidad se eliminara cuando su información personal de salud se revise con nuestro personal o con fines de aprendizaje.

Según lo requerido por la ley: divulgaremos PHI cuando lo requiera la ley federal, estatal o local, o para evitar una amenaza seria a la salud o seguridad.

Para la supervisión de la salud: podemos revelar la PHI a las agencias de supervisión de la salud para actividades autorizadas por la ley, que pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y licencias.



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

### ¿Cuáles son sus derechos?

A continuación se resumen sus derechos con respecto a la información de salud que mantenemos sobre usted. Todas las solicitudes deben hacerse por escrito al Oficial de Privacidad. Un formulario será proporcionado a su solicitud.

Derecho a inspeccionar y copiar su PHI: que puede ser usado para tomar decisiones sobre usted. Podemos cobrar una tarifa por el costo de copiar, enviar por correo u otros suministros y servicios asociados con esta solicitud. Tenemos el derecho de denegar esta solicitud bajo circunstancias limitadas.

Derecho a una contabilidad de las revelaciones: con excepción de las operaciones de tratamiento, pago y atención médica descritas anteriormente, podemos cumplir su solicitud cubriendo un período de con nuestra práctica para no exceder un período de 6 años. Le notificaremos del costo involucrado y usted puede optar por retirar o modificar su solicitud.

Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales: haremos un esfuerzo razonable para comunicarnos con usted de la manera que usted solicite, por ejemplo: vía teléfono, correo electrónico o correo.

Derecho a una copia en papel de este aviso: una copia en papel de este aviso se le dará durante su visita o puede ser impreso desde nuestro sitio web [www.vascularspecialistsnorthshore.com](http://www.vascularspecialistsnorthshore.com)

Acuse de recibo: le pedimos que firme la siguiente hoja para confirmar que ha recibido una copia de este aviso. Si elige o no puede firmar, un miembro del personal firmará su nombre y fecha, entonces el reconocimiento será parte de su historial médico.

### ¿Quién seguirá este aviso?

Los Especialistas Vasculares de la Costa Norte se compone de médicos certificados con capacitación especializada y habilidad en el diagnóstico y tratamiento de venas varicosas, venas de araña, enfermedad venosa de las piernas y manejo de acceso vascular. Nuestros pacientes se benefician de procedimientos médicos eficaces, probados, mínimamente invasivos y avanzados realizados en un ambiente cuidado, reconfortante, centrado en el paciente. Esta notificación se aplica a cualquier proveedor de atención médica autorizado a ingresar información en su expediente médico, todas las áreas de la práctica, todo el personal de Especialistas Vasculares y nuestros asociados de negocios.

**Equipo de Médicos Especialistas Vasculares:** Michael F. Mastromatteo, MD (Director Médico), James H. Balcom, MD, James C. Bass, MD, Veljko M. Popov, MD

Nos reservamos el derecho de cambiar o revisar este aviso en lo que se refiere a la información sobre usted. Vamos a publicar y ofrecerle un aviso actual cada vez que entre en nuestra oficina.

Otros usos y divulgaciones de información de salud no cubiertos por este aviso o las leyes que se aplican a nosotros se pondrán a disposición sólo con su permiso. Usted puede revocar el permiso en cualquier momento y esta solicitud debe ser por escrito. Por favor, entienda que no podemos retirar las revelaciones que ya hemos hecho, y que estamos obligados a conservar nuestros registros de atención proporcionada a usted.



**RECONOCIMIENTO DE AVISO DE PRIVACIDAD**

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

Mi firma abajo indica que he recibido una copia de la Política de Privacidad de Especialistas Vasculares de North Shore y sus afiliados. He leído y entendido su contenido. Me dieron la oportunidad de tener cualquier pregunta contestada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_