POLITICA FINANCIERA

Favor de Leer Cuidadosamente

**ASIGNACIONE DE FONDOS**

Yo solicito que el pago de beneficios autorizados por el Seguro se haga en mi nombre para San Antonio Vascular and Endovascular Clinic PLLC (La Clinica Save), por cualquier servicio proporcionado/renddido hacia mi por el medico o proveedor. Yo autorizo a cualquier titular con mi informacion medica se la otorgue a mi asegurador y a sus agentes para determiner estos beneficios pagaderos por servicios relacionados.

Yo entiendo que mi medico y/o su personal no revelara ninguna informacion a los miembros de mi familia o a mi, sin verificacion de mi identidad para cumplir con los reglamentos de privacidad. Yo tambien entiendo que la informacion se revelara a otros profesionales de atencion medica para la coordinacion de mi cuidado/tratamiento y/o a los portadores de seguro medico en caso de que sea necesario procesar un reclamo.

**AUTORIZACION PARA REVELAR EL EXPEDIENTE**

Yo, por este medio, autorizo a San Antonio Vascular and Endovascular Clinic PLLC (La Clinica Save) a revelar a mi asegurador, agencias gubernamentales, o a cualquier otra entidad financiera responsable de mi cuidado medico, toda informacion, incluyendo diagnosticos y los registros de todo tratamiento o examinacion rendida hacia mi, necesarios para justificar el pago de tales servicios medicos asi como informacion requerida para una precertificacion, autorizacion o referimiento a otro proveedor medico.

**RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE LA PERSONA**

Yo entiendo que soy financieramente responsable del deducible de mi seguro medico, coseguro o servicio no-cubierto. Los copagos se deben al momento del servicio. Si mi plan requiere de una referencia, Yo debere obtenerla antes de mi visita. En el caso que mi plan de salud determine que algun servicio es “no pagable”, yo sere resposable del cargo completo y acepto pagar los costos de todos los servicios proporcionados. Si no tengo seguro, you acepto pagar por los servicios medicos rendidos hacia mi al momento del servicio.

Si falla al hacer un pago en su totalidad o como se indique arriba o fallar hacer otros acuerdos financieros para el pago, resultara en colocar su cuenta con una agencia de cobro. Se le cobraran honorarios de coleccion y/o de abogado que podria afectar su credito.

Siempre estaremos disponibles para asistirle a cobrar de su seguro medico o hacer pagos al saldo de su cuenta. Su ayuda y cooperacion es necesaria y agradecida.

Yo reconozco que es mi responsabilidad entender mi plan de Seguro medico y mantener informado a San Antonio Vascular and Endovascular Clinic PLLC (La Clinica Save) informado de cualquier cambio.

Con mi firma, Yo declara que he leido, entendido y acordado a esta autorizacion y revelacion.

Escriba su Nombre

Firma Fecha

Consentimiento para el Cuidado y Consentimiento para el Tratamiento

***PARA EL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condicion y el procedimiento quirurgico, medico o del diagnostico recomendado para que pueda tomar la decision de someterse o no a un tratamiento o procedimiento sugerido, despues de saber los riesgos y peligros implicados. A este punto de su atencion medica, no se ha recomendado un plan especifico de tratamiento. Este consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar una evaluacion necesaria para identificar el tratamiento adecuado y/o procedimineto para cualquier condicion(es) identificada(s).***

Este consentimiento nos proporciona con su permiso para realizar examenes medicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios. Al firmar abajo, usted indica que (1) tiene la intencion de que este consentimiento continue en su naturaleza incluso despues de que se haya realizado un diagnostico especifico y se haya recomendado un tratamiento; y (2) usted da su consentimiento para recibir tratamiento en esta oficina o cualquier otra oficina satelite bajo la misma apropiacion. El consentimiento permanecera plenamente efectivo hasta ser suspendido por escrito. Usted tiene el derecho en cualquier momento a interrumpir los servicios.

Usted tiene derecho a hablar sobre el plan de tratamiento con su medico sobre su proposito, los riesgos probables y los beneficios de todo examen que se le haya ordenado a usted. Si usted tiene alguna preocupacion respecto a cualquier examen o tratamiento recomendado por su proveedor de atencion medica, le recomendamos hacer preguntas.

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ voluntariamente solicito a un medico, y/o proveedor de nivel medio (Enfermera Practicante, Asistente Medico, o Enfermera Especialista en Medicina Clinica), y otros proveedores de atencion medica o personas designadas, segun se considere necesario, para realizar examenes medicos, pruebas y tratamientos razonables y necesarios para la condicion que me ha traido a buscar atencion medica a este Consultorio. Yo entiendo que si recomiendan examenes adicionales, procedimientos invasivos o de intervencion, se me pedira leer y firmar formularios de consentimiento adicional antes de los examenes o procedimientos.

Yo certifico que he leido y entendido completamente las declaraciones arriba y doy mi completo consentimiento y voluntario, a su contenido.

Firma del Paciente / Representante Personal Fecha

Nombre del Paciente Escrito / Representante Personal

***Translation Provided By: Translation Services***

Politica de Privacidad HIPAA

Yo entiendo que, bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de la Politica de Seguro Medico (HIPAA), tengo ciertos derecho a privacidad respecto mi informacion medica protegida (Nuestro Aviso de Practicas de Privacidad). Yo entiendo que esta informacion podra y sera utilizada para proceder, programar y dirigir mi tratamiento y el seguimiento entre multiples proveedores de atencion medica que podrian estar involucrados en el tratamiento directo o indirectamente y obtener el pago de terceros. Yo entiendo tener el derecho a revisar y recibir una copia de este Aviso, antes de firmarlo.

Yo entiendo poder suspender esta autorizacion en cualquier momento por escrito. Tambien entiendo que no esta obligado a aceptar mis restricciones solicitadas, pero que si estuviera de acuerdo, estara obligado a cumplir con dichas restricciones.

Podriamos dejar mensaje detallado con algun miembro de su familia respecto a informacion de su salud personal, verificacion de la hora de su cita o para hacer cambios de su cita? ☐ Si ☐ No

Nombre ­­\_\_\_Nombre \_\_\_

Nombre ­­\_\_\_Nombre \_\_\_

Por medio de la presente, le autorizo a San Antonio Vascular and Endovascular Clinic PLLC (La Clinica Save) discutir mi informacion medica protegida con las personas/proveedores/entidades, nombradas abajo:

Nombre Telefono: Fax:

Nombre Telefono: Fax:

Nombre Telefono: Fax:

La informacion que usted puede revelar esta sujeta a este formulario de autorizacion firmado para lo siguiente:

Expediente Completo Historial Y Fisico Notas de Progreso

Informes de Laboratorio Informes Radiologicos Informes Patologicos

Informes Hospitalarios Informes Quirurjicos Lista de Medicamentos

Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Al firmar abajo, Yo reconozco haber leido y entendido los terminos de esta autorizacion. Yo, por este medio, concientemente y voluntariamente le autorizo a San Antonio Vascular and Endovascular Clinic PLLC (La Clinica Save) a usar y revelar mi informacion medica de la manera descrita arriba.

Escriba Nombre Fecha de Nacimiento

Firma Fecha

***Translation Provided By: Translation Services***

**Autorizacion Para el Uso o Para Revelar Imagenes Fotograficas y/o De Video Del Paciente**

Yo autorizo el uso o la revelacion de mi nombre, imagenes fotografcas/video, y/o testimonios para fines de mercadeo segun la practica mencionada abajo. Yo entiendo que la informacion revelada en conformidad con esta autorizacion podra estar sujeta a una nueva revelacion y podria ya no estar protegida por los reglamentos de privacidad de HIPAA.

**Proposito:**

Las imagenes fotograficas/video, y/o testimonios se utilizaran para: Redes Sociales, Sitios de Web, y/o Publicidad

**Suspender:**

Yo entiendo que podre suspender esta autorizacion en cualquier momento, pero la suspension debera ser por escrito y recibida por el Consultorio por correo. La suspension afectara una futura revelacion y no es retroactive. Esta autorizacion vence 99 años despues de la fecha que se firma.

**Esta Autorizacion No Es Requerida para Diagnostico o Tratamiento**:

Yo entiendo que el Consultorio no podra determinar un tratamiento en base a si firmo o no esta autorizacion.

Firma del Paciente/Representante Personal Fecha

Escriba Nombre del Paciente/Representante Personal Fecha

**---------------------------------------------------------------------------------------------------------**

**Aceptacion para Compartir Informacion con el Intercambio de Informacion de la Salud**

La Clinica SAVE participa en Healthcare Access San Antonio (HASA) una organizacion no lucrativa, para el intercambio de informacion de la salud de la comunidad que **facilita el intercambio electronico de informacion del paciente con medicos, hospitales, laboratorios, farmacias y otros proveedores.** HASA tambien se conecta con otros HIEs que permite que la informacion este disponible para otros proveedores cuando el paciente viaja fuera de nuestra region.

Al compartir la informacion del paciente con otros proveedores a traves de HASA ayuda a la Clinica SAVE **ahorrar tiempo para los pacientes y tomar mejores decisiones de tratamiento** con un expediente del paciente mas completo. Les permitira **evitar duplicados de examenes y procedimientos y obtener aceso inmediato en casos de emergencias a informacion critica como alergias, diagnosticos, medicamentos y otra informacion importante.** Vea el folleto de HASA para mas informacion sobre como HASA nos ayuda a promover la salud del paciente y protégé la informacion del paciente. El paciente tambien podra leer mas sobre HASA en [www.hasatx.org](http://www.hasatx.org/).

HASA hace todo lo posible para garantizar que la informacion confidencial del paciente, tal como VIH/SIDA, la salud mental, y la informacion relacionada con el tratamiento del abuso de substancias (information confidencial), es obstruido a la vista.

Yo entiendo que La Clinica SAVE comparte informacion del paciente a traves de HASA. \_\_\_\_\_\_\_\_Iniciales del Paciente

Los Pacientes tienen derecho a optar por no compartir su informacion a traves de HASA.

**ME GUSTARIA OPTAR POR NO COMPARTIR INFORMACION A TRAVES DE HASA**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma/Fecha

***Translation Provided By: Translation Services***

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

**Razon de su Visita**: Ulceras Dolor de Pierna/Pie Venas Varicosas Embolia Otro

**# de Seguro Social:** - ­- ­\_\_\_\_\_\_ *Su # de seguro social es estrictamente confidencial y se usara sola para facturazion*

Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Estado Civil: ☐Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a)

**Telefono de Casa**:  **Telefono Adicional**: Telefono del Trabajo:

**Domicilio**:

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion:

**En Donde/Con quien vive**? Casa Familiar Asilo de Ancianos Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza (opcional): ☐ Blanco ☐ Africo Americano ☐ Hispano ☐ Asian/Pacific Islander

Empleo: ☐Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Jubilado ☐ Sin Empleo ☐ Servicio Militar Activo ☐ Otro:

Ocupacion: Domicilio del Empleador:

Tiene Usted un Testamento en Vida/DNR? (Documentos que describan su eleccion de cuidado para cualquier Emergencia de Salud)

No Si, Mencionelos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tiene Usted una Carta Poder Medica? No Si, Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Correo Electronico**:

☐Si, Me gustaria recibir acceso en linea de mis registros medicos a traves del Portal para el Paciente

☐No, No me gustaria recibir acceso en linea de mis registros medicos

Farmacia de Preferencia Nombre y # de Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PCP: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MEDICO QUE REFIERE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SEGURO MEDICO:**

Nombre Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Responsable: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relacion: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Translation Provided By: Translation Services***

**Historial Medico Anterior**

­­­­­­­­­­­­­­*Favor de marcar cualquiera de las siguientes que le aplican a usted:\*\* INCLUYA FECHA Y AÑO\*\**

Diabetes- En insulina, pastillas o dieta? ☐ Si ☐ No

Alta Presion ☐ Si ☐ No Cancer ☐ Si ☐ No

Alto Colesterol ☐ Si ☐ No Mala Circulacion ☐ Si ☐ No

Infarto/ Otros Problemas del Corazon ☐ Si ☐ No

Enfermedad del Corazon ☐ Si ☐ No

Embolia/AIT ☐ Si ☐ No *especifique*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas del Riñon ☐ Si ☐ No Problemas del Pulmon ☐ Si ☐ No

|  |
| --- |
| Se encuentra actualmente en dialisis? ☐ Si ☐ No Si respondio Si, Dia del Dialisis: L / M / V o M / J / Sab  Si respondio Si, Nombre del Centro del Dialisis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    Telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Tiene usted protesis o implantes? ☐ Si ☐ No Especifique:

Tiene usted un marcapasos? ☐ Si ☐ No

Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes examenes?

Exame de Estres en el corazon? ☐ Si ☐ No Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donde?

MRI o Tomografia computarizada? ☐ Si ☐ No Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donde?

Angiografia de vasos sanguineos? ☐ Si ☐ No Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donde?

Examen de Pulmon/Funcion Pulmonar? ☐ Si ☐ No Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donde? \_\_\_\_\_\_\_

Cateterizacion del corazon/angiograma?☐ Si ☐ No Cuando? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Donde?\_\_\_\_\_\_\_\_

Favor de nombrar todos los medicamentos que usted esta tomando:

*\*\* Si usted trajo su lista de medicamentos o trajo sus medicamentos- PASE ESTA SECCION\*\*\**

\*\* *Favor de incluir otros medicamentos tales como aspirina, hierbas, insulina, gotas para los ojos y vitaminas*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Medicamento | Dosis | Que Tan Seguido La Toma? | Para Que La Toma? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Se ha vacunado contra la gripe? ☐ Si – Cuando? ☐ No

***Translation Provided By: Translation Services***

Favor de Proporcionar los Nombres de Cualquier Otro Medico que Usted esta Viendo Actualmente: .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Name (First, Last) | Office Address | Office Phone # |
| Family Physician |  |  |  |
| Cardiologist |  |  |  |
| Podiatrist |  |  |  |
| Nephrologist (Kidney Specialist): |  |  |  |
| Other (Specify) |  |  |  |

.

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­Es usted alergico algun medicamento, alimento, medio ambiente, *yodo, mariscos, latex* u otras sustancias? ☐ Si ☐ No

\*\*Favor especifique ALERGIA Y REACCION:

Favor de nombrar toda previa Cirugia o Procedimientos:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cirugia / Procedimiento | Mes/Año | Lugar– Ciudad/Estado |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Usted ha tenido alguna enfermedad grave que requiera de hospitalizacion que no sea una cirugia? ☐ Si ☐ No

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Razon por la Hospitalizacion | Mes/Año | Hospital – Ciudad/Estado |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**HISTORIAL SOCIAL .**

Uso del Alcohol: ☐ Nunca ☐ Ocasionalmente ☐ Diariamente

Uso del Tabaco: ☐ Fumador Actual ☐ Nunca he Fumado ☐ Fumador Anterior ☐ Fumador Ocasional

Que cantidad fuma\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cuando empezo a fumar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Usted mastica tabaco? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si usted ya no fuma:* Cuando dejo de hacerlo? Que cantidad fumaba? Por cuantos años?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Uso de Drogas Ilicitas: ☐ No ☐ Si : Nombre de Droga \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*Cuando fue la ultima vez que la consumio*?\_\_\_\_\_\_\_

***Translation Provided By: Translation Services***

**Historial Familiar**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Padre | Madre | Hijo | Hija | Hermano | Hermana |
| Diabetes |  |  |  |  |  |  |
| Presion Alta |  |  |  |  |  |  |
| Infarto |  |  |  |  |  |  |
| Embolia / AIT |  |  |  |  |  |  |
| Problemas Hemorragicos |  |  |  |  |  |  |
| Aneurisma |  |  |  |  |  |  |
| Lupus |  |  |  |  |  |  |
| Cancer |  |  |  |  |  |  |

Favor marque cada casilla si en su familia existe las siguientes condiciones:

**Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Translation Provided By: Translation Services***

REVISION DE SU SISTEMA:

**USTED TIENE AHORA MISMO O HA TENIDO ALGUNAS DE ESTAS CONDICIONES MENCIONADAS**

**EN EL ULTIMO MES:**

**(Favor de circular todo en lo cual usted tenga un historial)**

**Constitucional:** perdida de peso/aumento, fiebre, Perdida de apetito, tiembla/suda, fatiga

**Ojos:**  dolor de ojo/escurrimiento, cambio visual, resequedad/Ojo irritado

**HENT:** dolor de oido/drenar, infeccion de sinusales, perdida/cambio de audicion, hemorragia nasal, mareos

**Senos:** masas/bulto, flujo del pezon, irritacion, ulceras que no sanan

**Cardiovascular:** dolor del pecho/palpitacion, soplo cardiaco, desmayos, hinchazon de pies/piernas,

falta de respiracion en posicion plana

**Respiratorio:** falta de respiracion, sangre en el esputo, tos que dure >1 mes,

**Gastrointestinal:** nauseas/vomitos, indigestion/acidez, dificultad para tragar, dolor abdominal

Sangre en heces, estreñimiento, diarrea

**Genitourinario:** sangre en la orina, orina que es dolorosa, disfuncion sexual

**Integumento/piel:** irritacion, picazon, lesion nueva, flujo de la piel, cambio en el color de la piel

**Neurologico:** hormigueo o adormecimiento, alucinaciones, toser/asfixiarese/tragar sueño exesivo durante el dia, dolor / ardor extremidades, convulciones

**Musculoesqueletico:** huesos rotos, dolor/hinchazon de las articulaciones, dolores musculares,

Debilidad muscular, dolor de espalda

**Endocrino:** sed excesiva, Perdida de cabello, aumento/disminucion del libido, intoleracia al

calor/frio, sofocos

**Linfa-Sanguinea:** sangrado de encias/nariz, moretones inexplicables, sudores por la noche, inflamacion

Firma del Paciente/tutor (si es un menor) Fecha

de los ganglios linfaticos dolorosos