



DATOS DEMOGRÁFICOS DEL PACIENTE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____ **SS#** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Teléfono celular:** _____ **Teléfono Trabajo:** _____

Fecha de Nacimiento: __/__/__ **Sexo:** __Masculino __Femenino

Estado Civil: __Casado __Soltero __Divorciado __Viudo

Raza: __Indio americano o nativo de Alaska, __Asiático, __Africano Americano, __Blanco, __Chino, __Filipino, __Hispano, __Japonés, __Multi-raza, __Nativo, __Hawaiano, __Islas del Pacífico, __Otro, __Indeterminado, __Prefiere no decir **Idioma:** __ Inglés, __Francés, __Alemán, __Japonés, __Coreano, __Latín, __Español, __Vietnamita, __Prefiere no decir **Etnicidad:** __ Hispano o Latino, __No Hispano ni Latino, __Prefiere no decir

Patrón (si aplica): _____ **Ocupación:** _____

Estado de Empleo: __Tiempo completo, __Medio tiempo, __Ama de casa, __Desempleado, __Jubilado

Estado del estudiante: __Tiempo completo, __Medio tiempo

Nombre de la farmacia / Ubicación: _____ **Correo electrónico:** _____

INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE: (Llenar sólo si es diferente de paciente)

Garante: _____ **Fecha nacimiento:** __/__/____ **SS#** _____

Dirección: _____ **Ciudad:** _____ **Estado:** ____ **Zip:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Teléfono Trabajo:** _____

Contacto de emergencia: (Alguien que no viva con usted)

Nombre: _____ **Relación:** _____

Teléfono: _____ **Celular:** _____ **Teléfono trabajo:** _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO:

Nombre del seguro principal: _____

Póliza #: _____ **Grupo:** _____

Nombre del asegurado: _____ **Fecha de Nacimiento del asegurado:** __/__/____

Nombre Seguros secundarios: (Llenar sólo si Medicare es el seguro primario) _____

Póliza #: _____ **Grupo:** _____

(Por favor, entregue en recepción la tarjeta/s del seguro y licencia de conducir para fotocopiar)



VASCARE®

Llewellyn Lee, MD East Texas Surgical Associates, PA

Nombre: _____ Fecha: ___/___/___

F. Nacimiento: ___/___/___ Edad: ___ Sexo: ___ Altura: ___ Peso: ___

MOTIVO DE LA CONSULTA (POR FAVOR, SEA ESPECÍFICO):

Médico de atención primaria: _____ Teléfono: _____

Agencia de atención a domicilio: _____ Teléfono: _____

Farmacia: _____ Teléfono: _____

CONDICIONES MÉDICAS ACTUALES: (EJEMPLO: HIPERTENSIÓN, DIABETES)

| Enfermedad / Condición | Fecha | Enfermedad / Condición | Fecha |
|------------------------|-------|------------------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS: (EJEMPLO: ¿HISTERECTOMÍA, APENDICECTOMÍA, STENT, ANGIOGRAMA?)

| Cirugía | Fecha | Cirugía | Fecha |
|---------|-------|---------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

HOSPITALIZACIONES: (¿HA PADECIDO ALGUNA VEZ UNA ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIRIERA HOSPITALIZACIÓN Y NO UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA?)

| Razón | Año | Hospital | Razón | Año | Hospital |
|-------|-----|----------|-------|-----|----------|
| | | | | | |
| | | | | | |

MEDICAMENTOS ACTUALES: (POR FAVOR, LISTAR RECETAS, SIN RECETA MÉDICA, VITAMINAS, HIERBAS)

| Medicación | Dosis | Frecuencia | Medicación | Dosis | Frecuencia |
|------------|-------|------------|------------|-------|------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |



Nombre: _____ **Fecha:** ___/___/_____

ALERGIAS: ¿ES ALÉRGICO A ALGÚN MEDICAMENTO, ALIMENTO, FACTOR AMBIENTAL, YODO, MARISCO, LÁTEX U OTRAS SUSTANCIAS? POR FAVOR, ESPECIFIQUE LA ALERGIA Y LA REACCIÓN. Sin alergias conocidas

| Alergia | Reacción | Alergia | Reacción |
|---------|----------|---------|----------|
| | | | |
| | | | |

¿Ha tenido usted, o algún pariente consanguíneo, una reacción a la anestesia? Sí No En caso afirmativo, explique: _____

HISTORIA SOCIAL:

Ocupación: _____

(Marque una opción) Tiempo completo, Tiempo parcial, Jubilado, Ama de casa, Desempleado, Discapacitado

DETECCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL:

| <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si |
|-----------------------------|--|
| | ¿Con qué frecuencia tomó una bebida con alcohol en el último año? <input type="checkbox"/> Mensualmente o menos <input type="checkbox"/> 2-4 veces al mes <input type="checkbox"/> 2-3 veces a la semana <input type="checkbox"/> 4 o más veces a la semana |
| | ¿Cuántas copas tomó en un día normal cuando bebía en el último año? <input type="checkbox"/> 1 o 2 <input type="checkbox"/> 3 o 4 <input type="checkbox"/> 5 o 6 <input type="checkbox"/> 7 a 9 <input type="checkbox"/> 10 o más |
| | ¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> A diario o casi a diario |

DETECCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO:

| <input type="checkbox"/> No fumador | <input type="checkbox"/> Antiguo fumador | <input type="checkbox"/> Fumador actual |
|-------------------------------------|--|---|
| | ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó? <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> 3-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses <input type="checkbox"/> 1-5 años <input type="checkbox"/> 5-10 años <input type="checkbox"/> > 10 años | ¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? <input type="checkbox"/> Todos los días <input type="checkbox"/> Algunos días |
| | | ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _____ |
| | | ¿Fuma su primer cigarrillo al poco de despertar? <input type="checkbox"/> Antes de 5 minutos <input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos <input type="checkbox"/> 31-60 minutos <input type="checkbox"/> Después de 60 minutos |
| | | ¿Está interesado en dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Listo para dejar de fumar <input type="checkbox"/> Pensando en dejar de fumar <input type="checkbox"/> No está preparado para dejar de fumar |



Nombre: _____ **Fecha:** ___/___/___

Historia familiar: Parentesco (Madre / Padre / Hermano / Hermana / etc).

Diabetes: _____ **Aneurismas:** _____

Varices: _____

Hipertensión: _____ **Problemas de sangrado:** _____

Hinchazón de piernas: _____

Ataque al corazón: _____ **TVP (Coágulos de sangre):** _____

Cáncer: _____

Accidente cerebrovascular / AIT: _____ **Lupus:** _____

Otros: _____

| Hepatic/Renal | Sí | No |
|--|-----------|-----------|
| Ictericia Amarilla | | |
| Hepatitis | | |
| Cirrosis | | |
| Problemas de riñon | | |
| Sangre en la orina | | |
| Frecuencia urinaria | | |
| Dificultad para orinar | | |
| Mental | Sí | No |
| Ansiedad | | |
| Depresión | | |
| Agitación | | |
| Excitabilidad | | |
| Olvido | | |
| Confusión | | |
| Enfermedad Infecciosa | Sí | No |
| Hiv/Sida | | |
| Habla / Audición | Sí | No |
| Problemas de lenguaje | | |
| Problema de voz | | |
| Zumbido en los oídos | | |
| Infección de oído frecuentes | | |
| Problemas auditivo | | |
| Sordera | | |
| Vértigo | | |
| Visión | Sí | No |
| Ceguera | | |
| Cataratas | | |
| Glaucoma | | |
| Visión doble / borrosa | | |
| Endocrino | | |
| Diabetes Mellitus insulino dependiente | | |
| Diabetes no insulino dependiente | | |
| Enfermedad de tiroides | | |
| Enfermedad suprarrenal | | |
| Hepatic/Renal | Sí | No |
| Asma | | |
| Sibilancias | | |

| Respiratorio | Sí | No |
|---|-----------|-----------|
| Historial de tuberculosis | | |
| Enfisema | | |
| Pulmón colapsado | | |
| Cardiovascular | Sí | No |
| Dolor de pecho | | |
| Falta de aliento | | |
| Marcapasos | | |
| Insuficiencia cardíaca congestiva | | |
| Angina | | |
| Infarto de miocardio | | |
| Trastornos de sangrado / Coagulación | | |
| Flebitis | | |
| Enfermedad Vasculat Periférica | | |
| Transfusiones de sangre | | |
| Gastrointestinal | Sí | No |
| Dolor abdominal | | |
| Diverculitis | | |
| Sangre en heces | | |
| Diarrea o estreñimiento frecuente | | |
| Acidez / Indigestión | | |
| Náuseas / Vómitos | | |
| Dificultad para masticar | | |
| Dificultad para tragar | | |
| Tubo de alimentación | | |
| Tubo De Alimentación | | |
| Musculo Esquelético | Sí | No |
| Artritis | | |
| Enfermedad muscular | | |
| Limitación física/ Bastón / Andador/Silla de ruedas / Prótesis / Amputaciones / Plantillas de calzado | | |
| Piel | Sí | No |
| Cambios en color de piel | | |
| Heridas | | |
| Moretones | | |
| Lesiones | | |
| Sarpullido | | |

| Neurológico | Sí | No |
|---|-----------|-----------|
| Adormecimiento / Hormigueo | | |
| Parálisis | | |
| Debilidad | | |
| Pérdida de memoria | | |
| Convulsiones | | |
| Ataque al corazón / Infarto | | |
| Dolores de cabeza | | |
| Dolor | Sí | No |
| ¿Siente dolor? | | |
| ¿Qué lo alivia? | | |
| Historia Social | Sí | No |
| Cantidad de alcohol: | | |
| Cantidad de tabaco: | | |
| Consumo de drogas | | |
| Tipo de droga: | | |
| Cantidad de droga: | | |
| Químico / Ambiental / Contacto | | |
| Por favor, explique las respuestas "Sí" a partir de las preguntas anteriores: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| Por Favor, Lista De Sus Especialistas: | | |
| Cardiólogo (Corazón): | | |
| Neurólogo (Sistema nervioso): | | |
| Hematólogo (Sangre): | | |
| Reumatólogo (Artritis): | | |
| Podólogo (Pie): | | |
| Dermatólogo (Piel): | | |
| Endocrinólogo (Hormonas): | | |
| Neumólogo (Pulmón): | | |
| Especialista del dolor: | | |
| Cuidado de heridas: | | |



Nombre: _____ Fecha: __/__/____

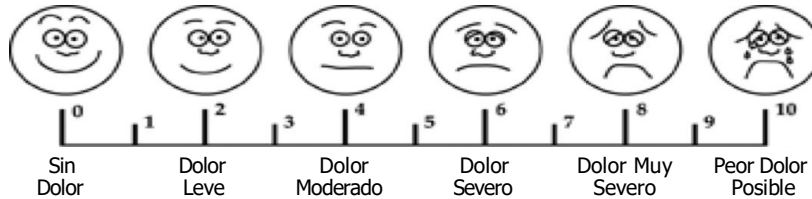
HISTORIAL DE LA SALUD VENOSA

¿Siente cualquiera de los siguientes síntomas en las piernas? Sea específico, su seguro requiere esta información para la aprobación.

| | I | D | Comentarios (opcional) |
|----------------------|---|---|------------------------|
| Doliente / Dolor | | | |
| Pesadez | | | |
| Cansancio / Fatiga | | | |
| Picazón / Ardor | | | |
| Tobillos hinchados | | | |
| Calambres de piernas | | | |
| Piernas inquietas | | | |
| Palpitante | | | |
| Otro | | | |

Actividades afectadas: (Marque todas las que apliquen) Pasear, Ir de compras, Hacer ejercicio, Limpiar, Cocinar, Ducharse, Trabajar

¿Cuál es el nivel de dolor en las piernas? (Seleccione uno)



¿Alguna vez ha tenido lo siguiente?

| | No | I | D | Fecha | Comentarios (opcional) |
|------------------------------|----|---|---|-------|------------------------|
| Fleboextracción o ablación | | | | | |
| Inyecciones vena (cosmética) | | | | | |
| Ulceraciones de la pierna | | | | | |
| Coágulos de sangre | | | | | |
| Flebitis | | | | | |

- ¿Tiene un historial familiar de venas varicosas? __Sí __No ¿Quién? _____
- ¿Han empeorado sus síntomas en los últimos meses? __Sí __No
- ¿Toma alguna medicación para el dolor en las piernas? __Sí __No ¿Qué? _____ ¿Cuánto Tiempo? _____
- ¿Usted eleva las piernas para el malestar? __Sí __No ¿Cuánto Tiempo? _____
- ¿Hace ejercicio? __Sí __No ¿Cada Cuánto? _____ ¿Tipo? _____
- ¿Usa o ha utilizado las medias de compresión? __Sí __No ¿Rx u OTC? ¿Cuánto Tiempo? _____
- ¿Tiene dificultad para caminar? __Sí __No Rx es de la farmacia
- ¿Su ocupación requiere permanecer de pie? __Sí __No OTC es sin prescripción de doctor
- ¿Su ocupación requiere mucho tiempo sentado? __Sí __No
- ¿Cuál es el nombre de su médico remitente? _____

Firma del Paciente



VASCARE®

**Llewellyn Lee, MD
East Texas Surgical Associates,**

HISTORIAL DE SALUD ARTERIAL

Nombre: _____ **Fecha:** __/__/____

¿Cuánto tiempo puede caminar antes de desarrollar dolor en las piernas?

1 manzana 2 manzanas 3 manzanas Indefinidamente Otro:

¿Dónde se produce el dolor?

Pie, Pierna por debajo de la rodilla, Muslo, Otro:

¿Qué alivia el dolor?

Descansar la pierna en posición baja Descansar la pierna en posición elevada

Ejercicio: _____ Medicación: _____ Otros: _____

¿Qué empeora el dolor?

Ha tenido alguna vez heridas en: Pie Dedo del pie Pierna Otro: ¿Durante cuánto tiempo?

¿Se curaron y volvieron las heridas? Sí No

¿Tiene alguna prótesis o implante? Sí, especifique: _____ No

¿Tiene un marcapasos? Sí No

¿Se ha sometido alguna vez a las siguientes pruebas?

¿Prueba de esfuerzo en el corazón? Sí No ¿Cuándo / ¿Dónde? _____

¿Resonancia magnética o tomografía computarizada? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Angiograma de los vasos sanguíneos? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Prueba de función pulmonar / prueba de función pulmonar? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____

¿Cateterismo cardíaco / angiograma? Sí No ¿Cuándo / Dónde? _____



Nombre: _____ **Fecha:** ___/___/___

Necesidades especiales: Cultural Comunicación Leer y escribir Desarrollo Religioso
 Financiero Idioma extranjero

Estilo de aprendizaje: Verbal Escrito Demostración

DÓNDE VIVE

Solo en casa
 Casa con la familia / Cuidador (quién) _____ Medio tiempo Tiempo completo
 Hogar de Ancianos (nombre) _____ Grupo Hogar (nombre) _____
 Otros, Explique: _____ Están satisfechos con la atención que está recibiendo: Sí No

NECESIDADES DE CUIDADO PERSONAL (BASADO EN EL ESTADO DE SALUD)

¿Necesita actualmente o si es necesario, ayudar con lo siguiente (marque las que aplican):

A Pie Caminar Ir al baño Comer Cuidado de la herida Cocinar
 Vestirse Bañarse Preparación de Medicamentos El transporte para las necesidades de atención de salud

Explique: _____

¿UTILIZA ALGÚN DE LOS SIGUIENTES? (MARQUE TODO LO QUE APLIQUE)

Dentadura superior (Completo / Parcial) Dentadura inferior (Completo / Parcial)
 Anteojos / Lentes de contacto Aparatos ortopédicos o retenedores
 Dientes quebrados, dañados o flojos, Prótesis auditivas (D I Ambos)
 Fundas o puentes Prótesis / Implante
 Cama de hospital IV Terapia
 Tratamientos respiratorios / Inhaladores Oxígeno ___L/minuto
 Bi-Pap / C-Pap Otro: _____

| Directivas-Por favor, llevar con usted | Sí | No | Explicación |
|---|----|----|-------------|
| Poder notarial duradero | | | |
| Representante de atención a la salud | | | |
| Documento de no resucitar | | | |
| Testamento vital | | | |
| Procedimientos para prolongar la vida | | | |
| ¿Tiene alguna de la documentación anterior? | | | |
| ¿Dónde está la copia del documento? | | | |



- CIVIQ – 14 –

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA
CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO DEL PACIENTE

Mucha gente se queja de dolor de piernas. Nos gustaría saber con qué frecuencia ocurren estos problemas de piernas y cómo pueden afectar la vida diaria de la gente que sufre de ellos.

A continuación, encontrará una lista de síntomas, sensaciones o molestias que usted puede o no experimentar, y que le pueden hacer la vida diaria más o menos difícil. Para cada síntoma, sensación o molestia en la lista, le pedimos que conteste las preguntas:

Por favor, indique si realmente ha experimentado lo que se describe en cada frase y, si la respuesta es 'sí', qué tan intenso fue. Hay cinco posibles respuestas y nos gustaría que marcara con un círculo la que mejor describa su situación:

Marque con un círculo el número 1: Si no siente que el síntoma, sensación o molestia que se describe se aplica a usted
Marque con un círculo el número 2, 3, 4 ó 5: Si lo ha sentido con más o menos

1) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido dolor en los tobillos o piernas y qué tan severo ha sido ese dolor?
Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Sin dolor
1

Poco dolor
2

Dolor moderado
3

Mucho dolor
4

Dolor severo
5

2) Durante las últimas cuatro semanas, ¿qué tan molesto(a) se ha sentido en su trabajo o durante sus actividades diarias usuales debido a sus problemas de piernas? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nada Molesto(a)
1

Un poco molesto(a)
2

Más o menos
molesto(a)
3

Muy molesto(a)
4

Extremadamente
molesto(a)
5

3) Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha dormido mal debido a sus problema de piernas, y con qué frecuencia? Marque con un círculo el número que se aplica a usted.

Nunca
1

Raramente
2

Frecuentemente
3

Muy frecuentemente
4

Cada noche
5



Durante las últimas cuatro semanas, ¿Qué tan molesto(a) se ha sentido al hacer las actividades indicadas a continuación, debido a sus problemas de piernas? En la tabla siguiente, para cada declaración, indique qué tan molesto(a) se ha sentido, marcando con un círculo el número elegido.

| | Nada | Un poco | Moderadamente | Mucho | Completamente |
|---|------|---------|---------------|-------|---------------|
| 4) Subir varios pisos por las escaleras | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5) Agacharse / Arrodillarse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6) Caminar rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7) Salir de noche, ir a bodas, fiestas... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8) Practicar un deporte / Hacer esfuerzos físicos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Los problemas de piernas también pueden afectar su estado de ánimo. ¿Qué tanto corresponden las siguientes declaraciones a lo que ha sentido durante las últimas cuatro semanas?

En la tabla siguiente, para cada declaración, marque con un círculo el número que se aplica a usted.

| | Nada | Un poco | Moderadamente | Mucho | Completamente |
|--|------|---------|---------------|-------|---------------|
| 9) Me he sentido nervioso(a)/ Tenso(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10) He sentido que era una carga para los demás | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11) He tenido vergüenza de mostrar mis piernas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12) Me he irritado fácilmente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13) Me he sentido como si hubiera estado incapacitado(a) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14) No he tenido ganas de salir | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



Política de pago del paciente

Autorización y Asignación de Seguros:

Autorizo a East Texas Surgical Associates, P.A., a proporcionar información a las compañías de seguros sobre mi condición médica y atención. Asigno a East Texas Surgical Associates, P.A., todos los pagos por servicios médicos prestados a mí o a mis dependientes. También solicito el pago de beneficios del gobierno, ya sea a mí mismo o a la parte que acepta la asignación. Esta autorización es válida siempre y cuando sea paciente de East Texas Surgical Associates, P.A. Cualquier persona que firme a continuación garantiza el pago de los costos de atención médica incurridos en nombre del paciente y, en caso de que dichos costos no se incurran a continuación, y en caso de que dichos costos no se paguen a tiempo, garantice el pago adicional del costo de cobro de dichas facturas, incluidos los honorarios de abogados.

¡Gracias por elegir a East Texas Surgical Associates, P.A.! Estamos comprometidos con el éxito de su tratamiento y atención médica. Por favor, comprenda que el pago por sus servicios es parte de su tratamiento y atención. Para su comodidad, a continuación hemos respondido a una variedad de preguntas frecuentes sobre política financiera. Si necesita más información sobre cualquiera de estas políticas, pida hablar con un especialista en facturación o con el gerente de la práctica.

¿Cómo puedo pagar?

Aceptamos pagos en efectivo, cheque, Care Credit, VISA, MasterCard, American Express y Discover.

¿Necesito una remisión y/o autorización?

Si tiene un plan HMO con el que estamos contratados, necesita una remisión y/o autorización de su médico de atención primaria antes de su primera visita. Si no hemos recibido una remisión y/o autorización antes de su llegada a la oficina, deberá llamar a su médico de atención primaria y solicitar una remisión por fax a nuestra oficina en Attn: Billing. Si no puede obtener la remisión y/o autorización en el momento del servicio, se le reprogramará para una fecha posterior para que tengamos tiempo suficiente para recibirla en la oficina. No lo atenderemos sin esta remisión y/o autorización en el archivo.

¿Cuál es mi responsabilidad por los servicios?

- Si los servicios que recibe están cubiertos por su plan de seguro: usted será responsable de todos los copagos, deducibles y montos de bolsillo aplicables en el momento del servicio.
- Si los servicios que recibe no están cubiertos por su plan de seguro: Usted será responsable del pago total en el momento del servicio.
- Ofrecemos productos de equipos médicos duraderos (DME) a la venta (medias de compresión, lociones, etc.), pero no facturamos a las compañías de seguros privadas. Si desea comprar cualquier producto DME, Se espera que pague en su totalidad en el momento del servicio y se le entregará un recibo detallado cuando lo solicite para que pueda facturar a su propio seguro.

Firma

Nombre impreso

____/____/____
Fecha



Nuestra práctica basa sus costos en lo que su compañía de seguros cotiza a nuestro especialista en seguros. Al verificar los beneficios, nuestro especialista en seguros le preguntará cómo cubre su seguro las visitas al consultorio del especialista. Le recomendamos que también llame a su compañía de seguros y verifique esos servicios. Los códigos CPT se pueden proporcionar a pedido. También puede ver las pautas de la póliza médica que debe seguir para estos procedimientos.

East Texas Surgical Associates, P.A. no será responsable de ninguna cita errónea en los beneficios.

Trámites en la Oficina

Si su médico recomienda una cirugía, se creará una remisión al consultorio interno y se enviará al Coordinador de Cirugía. Cuando el Coordinador de Cirugía reciba la remisión de la oficina interna, se enviará una solicitud de predeterminación/autorización previa a su compañía de seguros con toda la documentación requerida. No se le programarán cirugías hasta que se realice este proceso y puede tomar hasta 30 días obtener una predeterminación de su seguro. Una vez que nuestra oficina haya recibido la predeterminación/preautorización de su compañía de seguros, se generará un Análisis de Costos Quirúrgicos Estimados y se le enviará por correo con la cantidad que deberá por los procedimientos. Una vez hecho esto, el programador de cirugías se comunicará con usted para programar las cirugías. En ese momento, si tiene alguna pregunta con respecto a las cirugías, el programador estará encantado de atenderlo o si no puede lo dirigirá al departamento correspondiente.

El Análisis de Costos Quirúrgicos Estimados se realiza como cortesía para usted y le mostrará sus responsabilidades financieras estimadas finales, según los niveles de beneficios y la cobertura cotizada por su plan de seguro. Se espera que esta cantidad estimada se pague en su totalidad en la cirugía inicial.

¿Qué pasa si mi hijo necesita ver al médico?

Un padre o tutor legal debe acompañar a los pacientes menores de 18 años. Este adulto acompañante es responsable del pago de la cuenta, de acuerdo con la política descrita anteriormente.

He leído, entiendo y acepto la política financiera anterior. Entiendo que los cargos no cubiertos por mi compañía de seguros, así como los copagos y deducibles aplicables, son mi responsabilidad.

Autorizo que los beneficios de mi seguro se paguen directamente a East Texas Surgical Associates MD.

Autorizo a East Texas Surgical Associates, P.A. a divulgar información médica pertinente a mi compañía de seguros cuando lo solicite, o para facilitar el pago de un reclamo.

Citas sin cita previa:

East Texas Surgical Associates, P.A. alienta activamente a todos los pacientes a programar una cita para cada episodio de atención. A los pacientes que necesitan atención urgente se les pide que llamen con anticipación para una cita, incluso si solo pueden avisar mínimamente de su llegada. Si su seguro requiere referencias para visitas al consultorio y no hay ninguna en el archivo, se espera que pague en su totalidad antes de ser atendido.

Citas no presentadas o canceladas:

Si no puede asistir a su cita programada, llame a nuestra oficina 24 horas antes de su cita para reprogramarla. Esto le dará tiempo para proporcionar ese intervalo de tiempo a otro paciente. Nos reservamos el derecho de cobrar \$25.00 por citas que no se cancelen con al menos 24 horas de anticipación.



Firma

Nombre impreso

Fecha

Consentimiento para fotografiar para la comunicación con las compañías de seguros / Reconocimiento de la política de privacidad de HIPAA

Nombre del paciente: _____ Fecha: ____/____/____

El abajo firmante autoriza a East Texas Surgical Associates, P.A., a tomar y reproducir fotografías de la persona mencionada anteriormente en comunicación con el diagnóstico, la atención y el tratamiento. El uso de dichos materiales y el nombre de la persona también está autorizado para su uso en el trato con la compañía de seguros de la persona nombrada, incluida la presentación de reclamos, la necesidad médica y las apelaciones ante dicha compañía de seguros.

___ Inicial para indicar que ha leído, entendido y aprobado la autorización como se indicó anteriormente.

Libero a East Texas Surgical Associates, P.A., y a sus médicos, empleados y consultores de cualquier responsabilidad en relación con el uso de dichos materiales. Entiendo que esta autorización permanecerá vigente a menos que se revoque por escrito.

Yo, _____ se me ha dado la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA de East Texas Surgical Associates, P.A.

- Quiero una copia de la Política de privacidad de HIPAA
- No quiero una copia de la Política de privacidad de HIPAA

He dado permiso para que la oficina de East Texas Surgical Associates, P.A., discuta mi historial médico / condición con la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: _____ Tiempo Limitado
 _____ hasta que se rescinda

Al proporcionar su dirección de correo electrónico y teléfono celular en cualquier momento, acepta recibir comunicaciones de atención médica no seguras en el correo electrónico, teléfono celular o dirección de mensajes de texto que ha proporcionado. Estas comunicaciones pueden incluir, entre otras, instrucciones posteriores al procedimiento, instrucciones de seguimiento, información educativa e información sobre recetas. Otras comunicaciones de atención médica pueden incluir, entre otras, comunicaciones a usted o a los miembros de su familia o representantes designados con respecto a su tratamiento o afección, información de facturación electrónica o mensajes de recordatorio de citas. Tenga en cuenta: Puede optar por recibir estas comunicaciones en cualquier momento. El consultorio no cobra por estos servicios, pero es posible que se apliquen tarifas estándar de mensajes de texto o minutos de teléfono celular (comuníquese con el proveedor de su plan celular para conocer las tarifas, los minutos o los detalles que puedan aplicarse a usted).

 _____ / _____ / _____
Firma **Nombre impreso** **Fecha**