



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)

EVALUACIÓN SANITARIA E HISTORIAL

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)

Medica ción	Dosis	Frecuencia	Medicaci ón
----------------	-------	------------	----------------



VASCARE®

Dosis

Frecuencia

East Texas Surgical Associates, PA
Llewellyn Lee, MD
Jennifer Mike-Mayer, MD, FACS

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:

_No	_Si
	¿Con qué frecuencia tomó una bebida con alcohol en el último año? _Mensualmente o menos _2-4 veces al mes _2-3 veces a la semana _4 o más veces a la semana
	¿Cuántas copas tomó en un día normal cuando bebía en el último año? _1 o 2 _3 o 4 _5 o 6 _7 a 9 _10 o más
	¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año? _Nunca _Menos de una vez al mes _Mensualmente _Semanalmente _A diario o casi a diario

DETECCIÓN DEL CONSUMO DE TABACO:

_No fumador	_Antiguo fumador	_Fumador actual
	¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que fumó? _1-3 meses _3-6 meses _6-12 meses _1-5 años _5-10 años _> 10 años	¿Con qué frecuencia fuma cigarrillos? _Todos los días _Algunos días
		¿Cuántos cigarrillos fuma al día? _6-10 _11-20 _21-30 _31 o más
		¿Fuma su primer cigarrillo al poco de despertar? _Antes de 5 minutos _De 6 a 30 minutos _31-60 minutos _Después de 60 minutos



VASCARE®

East Texas Surgical Associates, PA
Llewellyn Lee, MD
Jennifer Mike-Mayer, MD, FACS

¿Está interesado en dejar de fumar?

_Listo para dejar de fumar _Pensando en dejar de fumar

_No está preparado para dejar de fumar



East Texas Surgical Associates, PA
 Llewellyn Lee, MD
 Jennifer Mike-Mayer, MD, FACS

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:** _____

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 Vascular 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		
Moretones		



East Texas Surgical Associates, PA
 Llewellyn Lee, MD
 Jennifer Mike-Mayer, MD, FACS

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		

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:** ___/___/___

Antecedentes de salud uterina

Historial menstrual

Longitud (Días #): _____ Pesado (Días #): _____ Compresas Tampones Ambos

Frecuencia de cambio: _____ LMP: _____ 1ª Menstruación (Edad): _____

Embarazos: _____ Nacidos vivos: _____ Abortos espontáneos: _____ Abortos electivos: _____

Anemia Transfusiones Coágulos de sangre Estreñimiento frecuente

Frecuencia urinaria presión pélvica dolor pélvico otros _____

Píldoras anticonceptivas: ___/___/___ Lupron / Depo-Provera: ___/___/___



VASCARE[®]

East Texas Surgical Associates, PA
Llewellyn Lee, MD
Jennifer Mike-Mayer, MD, FACS

Obstetra / Ginecólogo: _____ **Última prueba de Papanicolaou:** _____

Biopsia uterina: S/N Fecha: _____

Comentarios: _____



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

Extremadament
e 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.



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