



REGISTRO DEL PACIENTE
(Favor de Llenar la Siguiete Forma con Letra Legible)

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre (iniciales): _____

Apellido: _____ Sexo: M F

Seguro Social: _____ Fecha de Nacimiento: ___/___/___

Dirección: _____

Medica de atencion primaria: _____

Correo Electrónico: _____

Numero Telefónico: Casa: _____ Celular: _____

Trabajo: _____

Status Social: Soltero Casado Legalmente Separado Divorciado Viudo

Status de Empleo: Retirado Trabajador Estudiante

Raza: _____ Etnia: _____ Me Niego a Contestar

Idioma Preferido: _____

Contacto de Emergencia

Nombre Completo: _____ Relación: _____

Teléfono Celular: _____ Teléfono de Casa: _____

Dirección: _____

CONSENTIMIENTO PERSONAL DE AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACION MEDICA

Yo, autorizo al Coronado Vein Center a hablar con los siguientes miembros de mi familia, mi tutor o representante legal con respecto a:

Toda la información médica, incluyendo, registros relacionados con antecedentes personales, exámenes médicos, tratamientos, consultas, pagos y facturación, resultados de radiografías, hallazgos de laboratorio, informes de admision y alta del paciente, registros de tratamientos, diagnósticos, pronósticos, registros de notas de enfermería y medicos, y/o cualquier otra información no médica en mi archivo.

Sólo el siguiente tipo de información:

Ningun tipo de Información

La información médica anterior solo será divulgada a las siguientes personas:

<u>Nombre del Miembro de la Familia / Tuto ó Representante Legal</u>	<u>Relación</u>
--	-----------------

Entiendo que para cancelar este consentimiento de autorización para la liberación de informacion médica, debo notificar al Coronado Vein Center por escrito con respecto a la fecha de vigencia y finalización de este.

Este consentimiento de autorización será válido hasta que sea revocada por escrito.

Sé que tengo derecho a recibir una copia de este consentimiento, si así lo deseo.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Nombre Completo: _____

Aviso de práctica de privacidad y consentimiento del paciente para el uso y revelación de información médica protegida

NOMBRE DEL PACIENTE

Entiendo que, conforme a la Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico de 1996 (HIPAA), tengo ciertos derechos como paciente con respecto a mi información médica protegida.

Entiendo que, el Coronado Vein Center puede usar o revelar mi información médica protegida para tratamientos, pagos u otras operaciones de atención médica— lo que significa que se me brinde como paciente la atención médica, manejo de facturación, pago y/o el cuidado de otras operaciones de atención médica. A menos que sea requerido por la ley, no habrá otro uso y divulgación de esta información sin mi autorización.

El Coronado Vein Center tiene un documento llamado "**Aviso de práctica de privacidad**". El cual contiene una descripción más completa de sus derechos de privacidad y de cómo podemos usar su información médica protegida.

Entiendo que, tengo derecho a leer el "Aviso" antes de firmar este acuerdo, sí yo lo solicito. Y el Coronado Vein Center me proporcionará el *Aviso de práctica de privacidad* más reciente.

Mi firma a continuación indica que me han dado la oportunidad de revisar dicha copia del *Aviso de práctica de privacidad*. Mi firma significa que estoy de acuerdo y permito que el Coronado Vein Center use y revele mi información médica protegida (en caso necesario), para llevar a cabo tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Tengo el derecho de revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto, sí el Coronado Vein Center toma medidas basándose en este consentimiento previamente firmado por usted.

FIRMA (Paciente, Tutor o Representante legal)

FECHA

RELACION DEL PACIENTE sí fue firmado por otra persona

FECHA

Usted puede obtener una copia de nuestro *Aviso de Practica de Privacidad*, incluyendo revisions de nuestro "Aviso" en cualquier momento, llamando al Coronado Vein Center, en Redding (530) 244-3278.



Questionario De Venas Varicosas

Nombre del paciente: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Doctor primario: _____

¿Porque esta aquí hoy? _____

¿Como se dió cuenta de nosotros? _____

¿Usted ve un cardiólogo? Si / No Nombre del doctor: _____

¿Usted experimenta alguno de los siguientes síntomas en sus piernas?

(por favor especifique en cual pierna, si es derecha, izquierda o en las dos piernas)

- | | |
|---|---------------------------------|
| _____ venas varicosas | _____ discoloración |
| _____ úlceras/heridas que no cicatrizan | _____ ardor |
| _____ dolor | _____ hinchazón de los tobillos |
| _____ pesadez | _____ calambres en las piernas |
| _____ fatiga/cansancio | _____ piernas inquietas |
| _____ comezón | _____ le punzan las piernas |

¿Usted ha visto a un doctor para el tratamiento de las varices? Si / No

Nombre del doctor: _____ ¿Cuando? _____

¿Usa medias de compresión? Si / No

¿Sí puso si, desde cuando? _____

¿Usted ha tenido cirugía en las venas, removido venas o puesto inyecciones Si / No

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? _____

¿Alguna vez ha tenido un coágulo en la sangre? Si / No

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? _____

¿Alguna vez has tenido flebitis? Si / No

¿Sí puso si, cuando y en cual pierna? _____

¿Su síntomas han empeorado en los últimos meses? Si / No

¿Eleva las piernas para aliviar sus molestias? Si / No

Historia Cardiovascular

Por favor, marque la ó las enfermedades que usted padece en la siguiente lista. Por favor, escriba la fecha de cuando ocurrió y el lugar donde fue atendido de ese problema:

- | | |
|--|--|
| _____ Ataque cardíaco | _____ Angiografía cardíaca o Catéter |
| _____ Cirugía cardíaca (bypass o valvular) | _____ Angioplastia/endoprótesis Cardíaca |
| _____ Marcapasos / Desfibrilador | _____ Cirugía de la arteria carótida |
| _____ Insuficiencia Cardíaca Congestiva | _____ Angiografía periférica |
| _____ Ultrasonido de las piernas | _____ Stent de una arteria periférica |
| _____ Bypass Arterial Periférico | |

¿Ha tenido problemas con algún tipo de anestesia? Si puso si, por favor explique:

Alergias (por favor escriba los medicamentos a los que es alérgico y el tipo de reacción que le causa):

Historia de Medicación

Anote todos los medicamentos, productos que contengan aspirina, vitaminas y suplementos nutricionales que usted toma:

Nombre de medicina	Dosis (mg)	Con que frecuencia usted las toma

¿Usted esta tomando Coumadin (warfarin)? Si puso sí, que medico le indicó ese tratamiento de Coumadin:

Si / No _____

¿Esta ó ha estado en tratamiento por alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Enf. Vascular Cerebral | <input type="checkbox"/> Trombosis Venosa Profunda |
| <input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia | <input type="checkbox"/> Trastorno Isquemico Transit | <input type="checkbox"/> Embolia Pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Cancer _____ |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Trastorno de Ansiedad | <input type="checkbox"/> Enfermedad de la Salud Mental |

Historial Quirúrgico

Escriba que cirugías le han realizado:

Historial de Antecedentes Personales

Esto será estrictamente confidencial, por favor sea honesto con sus respuestas. Entendemos que esto puede ser un tema delicado, pero son muy importantes para el tratamiento de su enfermedad cardiovascular

___ Tabaco: ¿Actualmente fuma? Si / No / Nunca he Fumado Mastica tabaco? Si / No

 ¿Cuándo dejó de fumar? _____ paquetes por día _____ por cuantos años _____

___ Alcohol: ¿Cuánto y con qué frecuencia toma? _____

___ Cafeína: Tipo(s) _____ ¿Que cantidad por día? _____

___ Drogas (en el pasado / actualmente) ¿Qué sustancia y última vez que la consumió? _____

Historia Familiar

¿Alguien de su familia tiene (o solía tener) venas varicosas, arañas vasculares, úlceras en las piernas o piernas hinchadas?

Padre Si / No Madre Si / No

Hermano(s) Si / No Hermana(s) Si / No

Ocupación: _____ Empleador _____

¿Hace ejercicio? Si / No ¿Sí puso sí, que tipo? _____

¿Cuántos días a la semana? _____ ¿Cuántos minutos al día? _____

¿Sus síntomas empeoran con el ejercicio? Si / No

Revisión de los Síntomas

Marque cualquiera de los siguientes síntomas que usted ha presentado en los últimos 6 meses:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| ___ Fatiga | ___ Estrenimiento |
| ___ Debilidad en las extremidades | ___ Diarrea |
| ___ Pérdida de apetito | ___ Acidez |
| ___ Dolor de cabeza | ___ Dolor abdominal |
| ___ Pérdida de peso | ___ Artritis |
| ___ Aumento de peso | ___ Insomnio |
| ___ Pérdida de la audición | ___ Entumecimiento de manos pies |
| ___ Zumbido en los oídos | ___ Hormigueo |
| ___ Problemas de sinusitis | ___ Visión borrosa |
| ___ Sibilancias | ___ Visión doble |
| ___ Tos (productiva / seca) | ___ Diminución de la visión |
| ___ Exposición a la tuberculosis | ___ Sangre en la orina |
| ___ Hemorragias | ___ Ardor al orinar |
| ___ Moretones con facilidad | ___ Infecciones en las vías urinarias |
| ___ Sangre en el excremento | ___ Se levanta por la noche a orinar |
| ___ Náusea | ¿Cuántas veces por noche? |
| ___ Vómitos | |