



# Formulario de Registro

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

SS#: \_\_\_\_\_ Sexo: M F Estado Civil: Soltero, casado, viudo, divorciado

Idioma Preferido: \_\_\_\_\_

Registrarse en el Portal del Paciente: (Circulo uno) **Si No** Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Farmacia Preferida: \_\_\_\_\_

Laboratorio Preferido: \_\_\_\_\_

## Información del Seguro

Nombre del Seguro: \_\_\_\_\_ Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_ Relación al paciente: \_\_\_\_\_

Asegurado SS#: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Seguro secundario: \_\_\_\_\_ Numero de póliza: \_\_\_\_\_

## Revisión de la Medicación

### Lista de medicinas:


\*Alergias: \_\_\_\_\_

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



# Historia Médica

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**Alguna vez ha diagnosticado o tratado para: (por favor circule)**

Alta presión      Enfermedad Coronaria      Enfermedad Renal      Diabetes      Embolia  
Fiebre reumática      Ataque al corazón      infartó      Hepatitis (A, B o C)      Fiebre del Valle

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

**Tiene alguna razón para creer que puede haber estado expuesto al VIH (SIDA)?**

(Transfusión de sangre, uso de drogas, estilo de vida)    Sí    No

## Historia Fisica

Bebes alcohol? Si No    Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Utiliza el tabaco? Si No    Cuanto? \_\_\_\_\_    Fecha de inicio? \_\_\_\_\_

Historial de abuso de drogas? Si No

## Solo femenina

Estas embarazada? Si No    Fecha de ultima menstruación \_\_\_\_\_    Numero de embarazos \_\_\_\_\_    Nacimiento \_\_\_\_\_

## **Historia de sirugias:**

<u>Tipo de sirugia:</u>	<u>Ano:</u>	<u>Centro médico/Nombre de Doctor:</u>

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

## **Historia Familiar:**

**Alguien en su familia ha experimentado alguno de los siguientes? (Por favor Marque)**

Diabetes      Problemas del corazón      Cáncer de mama      Los cálculos biliares      Presión alta      Colon cáncer  
Aneurisma      Enfermedad de riñón      Otros: \_\_\_\_\_

**Usted o su familia tienen historial de aneurisma en la Aorta? Si No**

**Cuando y donde tuvo imágenes por última vez? \_\_\_\_\_**

**Usted o su familia tienen historial de bloqueo en la arteria carótida? Si No**

**Cuando y donde tuvo imágenes por última vez? \_\_\_\_\_**

## **Evaluación de la vena varicosa:**

**Siente dolor en extremidades inferiores? Si No Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_**

**Los síntomas: *Circule***

La quemadura de pesadez      Picazón      Fatiga      Hinchazón      Dolor      Sangrado      Cambios en la piel

**Tiene historial de trombosis de la vena profunda? Si No**

**Tiene úlceras (llagas)? Si No**

**Tiene historial familiar de venas varicosas? Si No**

**Usa medias de compresión? Si No**

**Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_**

**Por favor describa cualquier antecedente de tratamiento de venas varicosas anterior? \_\_\_\_\_**

**Por cuánto tiempo a tenido varices? \_\_\_\_\_**

**En que parte tiene sus síntomas peor? En que parte le molesta más? \_\_\_\_\_**



## Diálisis Cuestionario

(Deje en blanco si no le aplica)

Esta recibiendo tratamiento de diálisis? Si No

Cuál es el porcentaje de función de sus riñones? \_\_\_\_\_

Quien es su Nefrologo? \_\_\_\_\_

Tiene un catéter puesto en el pecho? Si No

En qué lado tiene el catéter/cuantos? \_\_\_\_\_

Escribe con la mano izquierda o derecha? \_\_\_\_\_

Cuál es el nombre del centro donde se ase tratamiento de diálisis? \_\_\_\_\_

Cuáles son los días que recibe tratamiento de diálisis? \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo ah estado recibiendo tratamiento de diálisis? \_\_\_\_\_

Qué tipo de acceso tiene Fistula, Graft o PD (estómago)? \_\_\_\_\_

Cual brazo? \_\_\_\_\_

Tiene un marcapasos? Si No



## "Complete Vascular Care"

4901 Centennial Plaza Way

Bakersfield, CA 93312

P: 661.387.8333

F: 661.241.4052

---

### Repaso del sistema: Circule todos los que apliquen

**Constitucional:** Pérdida de peso inexplicable, sudor nocturno, fatiga/malestar/cansancio, patrones de sueño, poco apetito, fiebre, trauma reciente, masas, bultos, baches, caídas inexplicables

**Cabeza:** Cambios de visión, dolor de cabeza, dolor de ojos, visión doble, puntos ciegos, borroso "siente coma si bajaran las cortinas" Hemorragia en la retina o amaurosis fugaz (perdida de visión temporal)

**Oídos:** Oídos tapados, dolor, tintineo en el oído (tinnitus)

**Nariz:** Escorrimento nasal, sangrado frecuente, dolor del seno nasal

**Boca:** Sangrado de encías, dolor de dientes, dolor de garganta, dolor al pasar (alimentos o líquidos)

**Cardiovascular:** Dolor de pecho, falta de oxígeno, intolerancia al ejercicio, palpitaciones, desmayos, pérdida de conciencia, dolor o calambres al caminar

**Respiratorio:** Tos, flemas, jadeos, falta de oxígeno, intolerante al ejercicio

**Gastrointestinal:** Dolor abdominal, pérdida de peso inexplicable, dificultad al pasar (alimentos o líquidos), indigestión, inflamación, cólicos, anorexia, evita la comida, náusea/ vómito, diarrea/ estreñimiento, no puede pasar gas, vómito con sangrado (hematemesis), sangrado rectal (hematoquezia), heces oscuras con olor maloliente (melena), secreciones secas de los intestinos (tenesmo)

**Genitourinario:** incontinencia urinaria, dolor/ardor al orinar, orina con sangrado, nocturna, orina excesiva, vacilación, presión urinaria baja

**Genital:** vagina- descargas, dolor

**Musculo esquelético:** Dolor, desalineamiento, hinchazón de articulaciones, rigidez, falta de movimiento, contractura deficiente, artritis

**Tegumentario:** (piel y/o senos) Comezón, sarpullido, estrías, acantosis nigricans (partes negras en la piel), tumores, nódulos, eczema, resequeidad excesiva, descoloración

**Neurológico:** Cambios de visión, olor, al escuchar, sabor, convulsiones, desmayo, dolor de cabeza, siente pinchazos y agujas o adormecimiento, debilidad en las extremidades, poco balance, problemas del habla, alteración del esfínter, síntomas psiquiátricos

**Psiquiatra:** Depresión, patrones de sueño, ansiedad, dificultad para concentrarse, imagen corporal, desempeño en escuela o trabajo, paranoia, falta de sentir placer, falta de energía, episodios de manía, cambios de personalidad, personalidad expandida, atracones (excesivo) sexual o financieros

**Endocrino:** prefiere el clima frío, cambios de humor, sudor, diarrea, menstruación irregular, pérdida de peso, incremento de apetito, temblores, palpitaciones, disturbios visuales; prefiere clima cálido, lento(a) cansancio, depresión, pelo delgado, voz ronca, menstruaciones fuertes, constipación, piel seca, sed excesiva, orina constantemente, polifagia( hambre constante sin subir de peso; mas pico en diabetes tipo I que en diabetes tipo II), dificultad en tratar el alta presión, presión baja crónica, oscurecimiento de la piel sin estar expuesto al sol, dificultad en lograr una erección o erección sexual

**Hematólogo/linfático:** anemia, moretones con facilidad, sangrado prolongado o excesivo después de una extracción dental o golpe, historial familiar de hemofilia (falta de coagulación), historial de transfusiones de sangre

---

Allan Capote, M.D.

Hao D. Bui M.D.

Sara Honari, M.D.

Tien H. Nguyen, M.D.

**ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE USTED PUEDE SER USADA Y REVELADA, Y COMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACION.**

Sus derechos -Cuando se trata de su información de salud, usted tiene ciertos derechos. Esta sección le explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarle a obtener una copia de sus registros de salud y reclamaciones: Usted puede pedir ver y obtener una copia de su salud y registros de reclamos y otra información de salud que tenemos sobre usted. Consúltenos como hacer esto. Varnes a proporcionar una copia o un resumen de su historia clínica y reclamaciones. Por lo general dentro de los 30 días siguientes a su solicitud. Podemos cobrar una tarifa razonable, basada en el costo. Consúltenos para corregir los registros de salud y reclamaciones. Usted puede pedirnos que corregir sus registros de salud y reclamaciones si usted piensa que son incorrectos o incompletos. Consúltenos como hacer esto. Podemos decir "no" a su solicitud, pero vamos a decirle por que por escrito dentro de los 60 días. Solicitar comunicaciones confidenciales. Usted puede pedirnos que poner en contacto con usted de una manera específica (por ejemplo, teléfono, casa u oficina) o enviar correo a una dirección diferente. Tendremos en cuenta todas las solicitudes razonables. y hay que decir "si" si usted nos dice que estaría en peligro si no lo Hacemos. Consúltenos para limitar lo que usamos o compartimos. Usted puede pedirnos que no usemos o compartir cierta información de salud para tratamiento, pago, o nuestras operaciones. No estamos obligados a acceder a su petición, y podemos decir "no" si afectaría a su cuidado. Obtener una lista de aquellos con los que hemos compartido información. Usted puede solicitar una lista (contabilidad) de las veces que hemos compartido su información de salud para los seis años anteriores a la fecha de preguntar, que compartimos con, y porque. Vamos a incluir todas las revelaciones excepto aquellos sobre el tratamiento, pago y operaciones de cuidado de la salud, y ciertas otras revelaciones (como cualquiera que nos pedirá que haga). Nosotros le podemos ofrecer un solo representando un año de forma a gratuita. Pero se le cobrara una tarifa razonable, basada en el costo si se le pregunta por otro plazo de 12 meses. Obtener una copia de este aviso de privacidad. Usted puede solicitar una copia impresa de este aviso en cualquier momento, incluso si usted ha aceptado recibir el aviso electrónicamente. Le proveeremos con una copia en papel con prontitud. Elija a alguien para que lo represente. Si usted ha dado a alguien poder medico o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisión es acerca de su información de salud. Nos aseguraremos de que la persona tiene esta autoridad y puede actuar en su nombre antes de tomar cualquier acción. Presentar una queja si usted siente que sus derechos sean violados. Usted puede quejarse si usted siente que hemos violado sus derechos poniéndose en contacto con nosotros. Usted puede presentar una queja ante la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Derechos Civiles de Estados Unidos mediante el envío de una carta a 200 Independence Avenue. SW, Washington. DC 20201. Llamando al 1-877-696-6775. o visitando [www.hhs.gov/oc/privacidad/hipaa/quejas/](http://www.hhs.gov/oc/privacidad/hipaa/quejas/). No tomaremos represalias contra usted por presentar una queja. Para cierta información de salud, usted puede decirnos sus opciones acerca de lo que compartimos. Si usted tiene una clara preferencia por la forma en que compartimos información en las situaciones descritas a continuación, hablar con nosotros. Díganos lo que quiere que hagamos, y vamos a seguir sus instrucciones. En estos casos, usted tiene el derecho y la elección de decirnos a: Compartir información con su familia, amigos cercanos, u otra persona as involucrada en el pago de su cuidado. Compartir información en una situación de socorro. Póngase en contacto con usted para recaudar fondos si usted no es capaz de decirnos su preferencia, por ejemplo. si usted está inconsciente, podemos seguir adelante y compartimos su información si creemos que es en su mejor Interés. También podemos compartir su información cuando sea necesario para disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad. Nunca compartimos tu información a menos que usted le da permiso por escrito: fines de marketing de venta de su información de nuestros usos y divulgaciones (como suelen usar o compartir su información de salud? Normalmente utilizamos o compartimos su información de salud en las siguientes maneras. Ayudar a gestionar el tratamiento de cuidado de la salud que usted recibe: Podemos usar su información de salud y compartirla con los profesionales que le atienden. Ejemplo: Un medico nos envía información sobre su diagnóstico y plan de tratamiento para que podamos organizar servicios adicionales. Ejecutar nuestra organización: Podemos utilizar y divulgar su información para ejecutar nuestra organización y en contacto con usted cuando sea necesario. No se nos permite usar la información genética para decidir si le daremos la cobertura y el precio de esa cobertura. Esto no se aplica a los planes de atención a largo plazo. Ejemplo: Utilizamos información sobre su salud para desarrollar mejores servicios para usted. Paga por sus servicios de salud: Podemos utilizar y divulgar su información de salud como tenemos que pagar por sus servicios de salud. Ejemplo: Compartimos la información acerca de usted con su plan dental para coordinar el pago de su trabajo dental. Administrar su plan: Podemos revelar su información médica a su patrocinador del plan de salud para la administración del plan. Ejemplo: Su empresa tiene un contrato con nosotros para ofrecer un plan de salud, y ofrecemos a su empresa con ciertas estadísticas para explicar las primas que cobramos. (ES la investigación: Podemos usar o compartir su información para la investigación en salud. Consentir con ley. Vamos a compartir información sobre usted si las leyes estatales o federales requieren que, incluso con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si se quiere ver de que estamos cumpliendo con las leyes federales es de privacidad.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos y trabajamos con un examinador o funeral director médico: Podemos compartir su información médica con organizaciones de obtención de órganos. Podemos compartir información de salud con un médico forense, examinador médico o director de la funeraria cuando una persona muere. Dirección compensación de trabajadores, cumplimiento de la ley, y otras peticiones del gobierno: Podemos usar o compartir información sobre su salud: Para trabajadores las reclamaciones de indemnización, a los efectos de aplicación de la ley o con un oficial de la ley, con las Agencias de supervisión de salud para actividades autorizadas por la ley, Para funciones especiales del gobierno tales como militares, de seguridad nacional y los servicios de protección presidencial. Responder a las demandas y acciones legales: Podemos compartir información sobre su salud en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación. Llevar a cabo la divulgación, la matrícula, gestión de la atención y la coordinación caso: Podemos compartir su información con otro gobierno beneficia a programas como California cubierto por razones tales como el alcance, la matrícula, coordinación de la atención y manejo de casos. Apelar una decisión DHCS: Podemos compartir su información si usted o su proveedor de apelar una decisión DHCS sobre su atención medica. Aplicar para Medi-Cal: Si usted está solicitando beneficios completos de Medi-Cal, debemos comprobar su estado de inmigración con los EE.UU. Servicio de Ciudadanía e inmigración (USCIS).

Únase a un plan de atención administrada: Si se está uniendo a un nuevo plan de atención administrada, podemos compartir su información con ese plan por razones tales como coordinación de la atención y para asegurarse de que puede obtener los servicios a tiempo.

Administrar nuestros programas: Podemos compartir su información con nuestros contratistas y agentes que nos ayudan a administrar nuestros Programas. Cumplir con las leyes especiales: Hay leyes especiales que protegen algunos tipos de informe acción de salud, tales como servicios de salud mental, el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, y las pruebas y el tratamiento del VIH / SIDA. Nosotros obedecemos las Leyes cuando son más estrictas que este aviso. Nunca vamos a comercializar o vender su información personal.

Nuestras Responsabilidades - Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información de salud protegida. Nosotros le haremos saber de inmediato si se produce un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o la seguridad de su información. Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en este aviso y le dará una copia de la misma. No vamos a usar o compartir su información distinta de como se describe aquí a menos que nosotros podemos informarte por escrito. Si usted nos dice que podemos, usted puede cambiar de opinión en cualquier momento. Háganos saber por escrito si cambia de opinión. Para obtener más información, consulte: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html). Los cambios en los términos de este Aviso Podemos cambiar los términos de este aviso, y los cambios se aplicaran a toda la información que tenemos sobre usted. El nuevo aviso estará disponible a petición, en nuestro sitio web, y le enviaremos una copia a usted. Apartado postal DHCS Oficial de Privacidad Box 997413 MS 4721 Sacramento, CA desde 95899 hasta 7.413 Teléfono: (866) 866 a 0602 Opción 1, o (877) 735 hasta 2.929 TTY / TTD Fax: (916) 440 a 7.680 Email:

privacyofficer@dhcs.ca.gov

En letra de imprenta: \_\_\_\_\_ Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

# Kern Vascular Center

## Póliza Financiera

Gracias por elegirnos como su proveedor de cuidado de salud que usted. Estarnos comprometidos que su tratamiento tenga éxito. Por favor, comprenda que el pago de su factura se considera una parte de su tratamiento. La siguiente es una declaración de nuestra Política Financiera, que requerimos que usted lea y firme antes de cualquier tratamiento. Todos los pacientes deben completar nuestra

Información de información y el seguro antes de ver al médico (s). Co-pagos, deducible es y servicios no cubiertos se deben al momento del servicio. Aceptamos efectivo, cheques, y todas las tarjetas de crédito. Podemos aceptar cesiones de beneficios del seguro. Su póliza de seguro es un contacto entre usted y su compañía de seguros. Tenga en cuenta que algunos, y tal vez todos los servicios proporcionados pueden ser servicios no cubiertos.

La cancelación o reprogramación de una cirugía, procedimiento, o visita de oficina: Habrá un cargo de \$100.00 para todas las cirugías y procedimientos que sean cancelados o reprogramados en menos de un aviso de 48 horas. Un cargo de \$25.00 para una visita de clínica o cancelación de ultrasonido en menos de 48 horas o falta de cita sin aviso. La asignación de Medicare: Si tiene Medicare Por favor firme lo siguiente: Solicito que el pago de los beneficios autorizados de Medicare sean hechos para mí o en mi nombre a: Dr. Hao D Bui, MD INC, Para cualquiera de los servicios proporcionados a mi por ese medico(s) del proveedor. Autorizo a cualquier poseedor de información médica acerca de mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios pagados a los servicios relacionados.

Entiendo que mi firma solicita que se efectúa el pago y la liberación de información médica necesaria para pagar el reclamo autorizado. Si otra cobertura de seguro de salud se indica en el formulario de reclamación HCFA 1500 o en otra parte de otros Formularios de solicitud aprobada o reclamaciones presentadas electrónicamente. Mi firma autoriza la liberación de la información a la aseguradora o agencia se muestra. En los casos Medicare asignados los médicos o proveedor se compromete a aceptar la determinación de cambios de la portadora de Medicare como la carga completa y el paciente es responsable solo por el deductivo. Coaseguros y servicios no cubiertos. Coaseguros y el deducible se basan en la carga determinada de la portadora de Medicare. También solicito el pago de beneficios del gobierno, ya sea a mí o la parte que acepta asignaciones a continuación.

### **Consentimiento para divulgar información:**

Por la presente autorizo al Dr. Hao Bui, MD a proporcionar información a cualquier médico, agencia o compañía de seguros refiriéndose al nombrado en el Formulario de información del paciente.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **He leído la póliza financiera y entendió y estoy de acuerdo con la póliza financiera.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Capacidad del Representante Legal, en su caso: \_\_\_\_\_



## General de Registros Médicos Liberación y Autorización de Divulgación de información de Salud Protegida

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Autorizo el custodio de \_\_\_\_\_ a divulgar registros/liberación de la siguiente información:

\_\_\_\_\_ Todos los registros

\_\_\_\_\_ Registros de Laboratorios/ Patología

\_\_\_\_\_ Registros de Radiología

\_\_\_\_\_ Notas Médicas

\_\_\_\_\_ Registros del Hospital

\_\_\_\_\_ Registros de Prescripción

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

Estos registros son los servicios prestados en las siguientes fechas: \_\_\_\_\_

Por favor envíe los registros mencionados anteriormente a:

Nombre: **KERN VASCULAR CENTER**

Dirección: **4901 CENTENNIAL PLAZA WAY, Bakersfield, CA 93312**

Numero de teléfono: **661-387-8333** Fax: **661-241-4052**

Además, entiendo que esta autorización es voluntaria y que puedo negarme a firmar esta autorización mi negativa a firmar no afectara mi capacidad para obtener tratamiento. Al firmar abajo yo represento y garantizo que tengo autoridad para firmar y autorizar el uso o divulgación de información medica protegida.

Firma del paciente (representante del paciente): \_\_\_\_\_

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

Nombre impreso del Representante: \_\_\_\_\_

(Padre IE, tutor, poder notarial para atención medica, ejecutor)