



Kevin M. Casey MD, FACS  
 Edward N. Li, MD, FACS  
 Michael J. Paisley, MD, FACS  
 2621 De La Vina St., Santa Barbara, CA 93105  
 1300 E. Cypress St., C-1, Santa Maria 93454



Sydney S. Guo, MD, FACS  
 2605 Loma Vista Rd., Ventura, CA 93003  
 1901 Outlet Center Drive, Suite 210  
 Oxnard, CA 93036

**Información del paciente**

**Apellido** \_\_\_\_\_ **Primer Nombre** \_\_\_\_\_

**SEXO:** M F **FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_ **SS#** \_\_\_\_\_

**ESTADO CIVIL:** SOLTERO/A CASADO/A DIVORCIADO/A VIUDO/A

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **ESTADO:** \_\_\_\_\_ **CODIGO POSTAL:** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TELEFONO** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CELLULAR** \_\_\_\_\_

**CORREO ELECTRONICO:** \_\_\_\_\_ *(complete para acceder al portal del paciente)*

**EMPLEO:** TIEMPO COMPLETO TIEMPO PARCIAL RETIRADO/A DESEMPLEADO/A

**EMPLEADOR:** \_\_\_\_\_

**DOCTOR DE CABEZERA:** \_\_\_\_\_ **DOCTOR REFIRIENDO:** \_\_\_\_\_

**PHARMACIA:** \_\_\_\_\_

**¿SU VISITA ESTÁ RELACIONADA CON UN ACCIDENTE O LESIÓN EN EL LUGAR DE TRABAJO?**  Sí  No

**INFORMACION DE ASEGURANZA**

	<b>ASEGURANZA PRIMARIA</b>	<b>ASEGURANZA SECUNDARIO</b>
	Nombre De Aseguranza:	Nombre De Aseguranza:
	Nombre Del Asegurador:	Nombre Del Asegurador:
	Fecha De Nacimiento:	Fecha De Nacimiento:
	Number De Poliza:	Number De Poliza:
	Relacion Del Paciente De Poliza:	Relacion Del Paciente De Poliza:

**CONTACTO DE EMERGENCIA**

**NOMBRE** \_\_\_\_\_ **APELLIDO** \_\_\_\_\_ **RELACION** \_\_\_\_\_

**NUMERO DE TEL:** \_\_\_\_\_ **NUMERO DE CELLULAR/TRABAJO:** \_\_\_\_\_

## CONSENTIMIENTO GENERAL Y AUTORIZACION DE FACTURACION

YO, VERIFICO QUE LA INFORMACION ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA Y QUE SOY EL PACIENTE O ALGUIEN LEGALMENTE AUTORIZADO PARA FIRMAR EL NOBRE DEL PACIENTE.

YO, DOY CONSENTIMIENTO A CUALQUIER TRATAMIENTO MEDICO PRESENTADO EN EL MOMENTO DE LA(S) VISTA(S) AL CONSULTORIO BAJO LAS INSTRUCCIONES GENERALES Y ESPECIALES DEL MEDICO, A MENOS QUE YO DECLARE LO CONTRARIO Y SE LO COMUNIQUE AL MEDICO O PERSONAL DEL CONSULTORIO.

YO, ASIGNO TODOS LOS BENEFICIOS A LOS ESPECIALISTAS VASCULARES DEL CONDADO DE SANTA BARBARA/VENTURA PARA LOS SERVICIOS PRESTADOS. YO, AUTORIZO A CUALQUIER TITULAR DE LA INFORMACION MEDICA DE OBTENER BENEFICIOS PARA MI/EL PACIENTE, DE LAS ASEGURANZAS PARA BENEFICIOS O LOS BENEFICIOS PAGABLES POR SERVICIOS RELACIONADOS.

YO, ENTIENDO QUE MI FRIMA SOLICITA QUE EL PAGO SE HAGA A LA PRACTICA Y AUTORIZO QUE COMPARTAN LA INFORMACION MEDICA NECESARIA PARA PAGAR LA FACTURA. YO, PROPORCIONE TODA LA INFORMACION DE MI SERGURO PARA FACTURACION Y ENTIENDO LOS PROCEDIMIENTOS DE FACTURACION.

YO, ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE TODOS LOS CARGOS NO CUBIERTOS POR MI ASEGURANZA, INCLUYENDO ENTRE OTROS, COPAGOS, DEDUCIBLES Y SERVICIOS NO CUBIERTOS. YO, ACEPTO COMPLETAR TODO EL DOCUMENTO NECESARIO PARA QUE MI ASEGURANZA PAGUE MI FACTURA Y ACEPTO LA RESPONSABILIDAD TOTAL DE TODOS LOS CARGOS SI MI ASEGURANZA NO REALIZA EL PAGO EN MI NOMBRE.

FIRMA, PACIENTE O REPRESENTATE LEGAL \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

IMPRIMA NOMBRE \_\_\_\_\_ RELACION DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

## POLIZA DE CANCELACION O AUSENCIA

Yo, entiendo si debo cancelar una cita/s, tengo que avisar 24 horas antes. Aquellos que no proporcionen aviso tendría que pagar una tarifa de cancelación de \$75.00 por la visita al consultorio, \$150.00 por una ecografía y \$250.00 por un procedimiento en el consultorio.

Entendemos que en ciertas circunstancias son inevitables o inesperadas, las excepciones a la póliza serán revisadas por los médicos y solo ellos pueden aprobar remover la tarifa de cancelación. La práctica se reserva el derecho de terminar la relación médico/paciente después de 2 ausencias.

Por favor, firme para confirmar que ha leído y comprende nuestra póliza de cancelación y ausencia.

Imprima su Nombre o Nombre De Representante Legal: \_\_\_\_\_

Firma Del Paciente o Representante Legal \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Información Demográfica

[Marque el cuadro si se niega a reportar información demográfica

La siguiente información opcional es para saber mejor las preferencias de nuestros pacientes y comprender el historial genealógico de cada individual, que puede indicar la propensión a ciertas afecciones médicas.

Femenina/Masculino: \_\_\_\_\_

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

Raza:

- \_\_Indio Americano/a o Nativo de Alaska
- \_\_Negro/a Afroamericano/a
- \_\_Nativo Hawaiano/a o Isleño del Pacifo/a
- \_\_Blanco/a

ETHNICIDAD:

- \_\_Hispano/a o Latino/a
- \_\_No Hispano/a o Latino/a

## PACIENTE, FAMILIA Y INFORMACION SOCIAL

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Fecha De Nac: \_\_\_\_\_ Sexo: Hombre Mujer

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a - Si Casado/a Cónyuge Estado de Salud: \_\_\_\_\_

Doctor de Cabecera: \_\_\_\_\_ Doctor Refiriendo: \_\_\_\_\_

Razon Por la Referencia: \_\_\_\_\_

- Situacion de Vida (Marque la caja):  Hogar Unifamiliar  Sin Hogar  Refugio  
 Hogar Multigeneracional  Casa De Retiro  Otro: \_\_\_\_\_
- Usted Fuma? \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_ Dejo Si fuma, cuánto tiempo? \_\_\_ Cuantos paquetes? \_\_\_  
Si dejo de usar, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
- Usted toma alcohol? \_\_\_ SI \_\_\_ NO \_\_\_ Dejo Si toma, cantidad que consume? \_\_\_\_\_  
Si dejo, cuando? \_\_\_\_\_
- Tiene antecedentes de abuso de sustancias o uso de Drogas intravenosas? \_\_\_ SI \_\_\_ NO
- Usted ha completado un poder notarial duradero para atención médica, directiva medica anticipada?  
\_\_\_ SI \*Proporcione una copia para su registro medico en nuestra oficina.  
\_\_\_ NO \*Si no, está interesado en obtener información sobre una directiva anticipada? \_\_\_ SI \_\_\_ NO

## HISTORIA FAMILIAR

- Padre: Vive Falecido \_\_\_ Si falleció, a que edad? \_\_\_ Causa de Muerte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Madre: Vive \_\_\_ Fallecida \_\_\_\_\_ Si falleció, a que edad? \_\_\_ Causa de Muerte? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Hermanos: Cuantos Viven \_\_\_ Numero Fallecidos \_\_\_ Si fallecio, a que edad? \_\_\_ Causa de Muerte?  
\_\_\_\_\_
- Hermanas: Cuantas Viven \_\_\_ Numero Fallecidas \_\_\_ Si falleció, a que edad? \_\_\_ Causa de Muerte?  
\_\_\_\_\_
- Hijos/a: Cuantos/a Viven \_\_\_ Numero Fallecidos/a \_\_\_ Si falleció, a que edad? \_\_\_ Causa de Muerte?  
\_\_\_\_\_

Marque cualquier enfermedad que su padre, madre , hermanos/a o hijos/a hayan tenido:

Enfermedad del corazón Desorden Sangrante Cáncer Enfermedad del riñón Diabetis Alcoholismo  
Alta Presión Cerebrovascular Tuberculosis Convulsiones/Epilepsia Problemas Psiquiátricos

## HISTORIA MEDICA Y QUIRURGICA

**Historial Médico**—Nombre todas las afecciones graves por las que ha sido tratado por un médico. Los ejemplos incluyen, entre otros, anemia, diabetes, cáncer, problemas cardiacos, enfermedad renal, epilepsia, presión arterial alta e hipercolesterolemia:

<u>Condicion</u>	<u>Fecha</u>	<u>Medico de Tratamiento</u>

**Historia Quirúrgica**---Nombre de todas las operaciones a continuación y cualquier complicación significativa relacionada con las operaciones.

<u>Operacion</u>	<u>Fecha</u>	<u>Complicaciones Significativas</u>

**Prueba de Diagnóstico**--- Indique cualquier prueba de diagnóstico reciente, angiogramas, ecografías o radiografías:

<u>Nombre de la prueba/radiografía</u>	<u>Fecha</u>	<u>Realizada Donde</u>

**Revisión de Sintomas:** Marque cualquier condición o síntoma que haya experimentado:

Diabetes	Dolor/debilidad en piernas/brazos	Hormigueo/Entumecimiento	
Dolor de Pecho	hinchazón en pies/piernas	Dolor abdominal	Pérdida de peso
Disminución de la audición	Dolor de espalda/dolor en las articulaciones	Fatiga	
visión borrosa	Dolores de Cabeza	Moretones/Sangrando fácilmente	Dificultad para orinar
Accidente cerebrovascular/ACV/AIT	Mala curación	Marcapasos	Mareos/Desmayos

# LISTA DE MEDICAMENTOS

NOMBRE:

FECHA DE NAC:

ALERGIAS:

FARMACIA:

REACCIONES:

DIABETICO/A:

SI

NO

POR FAVOR INDIQUE TODOS SUS MEDICAMENTOS RECETADOS POR SU DOCTOR.

MEDICAMENTOS:

DOSIS

FRECUENCIA

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

VITAMINAS:

DOSIS

Frecuencia

---

---

---

---

---

**SANTA BARBARA/VENTURA COUNTY VASCULAR SPECIALISTS REGLA DE PRIVACIDAD DE HIPAA**

**Acuerdo de Autorización/Autorización para compartir información de salud protegida para tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Medica.**

Yo \_\_\_\_\_ (su nombre) entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnóstico, tratamiento y planes para atención o tratamiento futuros. Yo entiendo que esta información sirve como:

- Una base para plantificar mi atención y tratamiento médica;
- Un medio de comunicación entre los profesionales de la salud que pueden contribuir a mi atención medica;
- Una fuente de información para aplicar mi diagnostico e información quirúrgica a mi factura;
- Un medio por el cual un tercer pagador pueda verificar que los servicios facturados realmente se proporcionaron;
- Una herramienta para las operaciones rutinarias de atención médica, como la evaluación de la calidad y la revisión de la competencia de los profesionales de la salud.
- Yo entiendo que, como parte de mi atención y tratamiento, puede ser necesario proporcionar mi información médica protegida a otra entidad de cobertura. Yo, tengo derecho a revisar el aviso de este centro antes de firmar esta autorización. Yo autorizo compartir la información de salud protegida como se especifica anteriormente para el propósito de las partes designadas para/por mí.
- Una copia fue proporcionada del Aviso de Practicas de Privacidad que brinda una descripción mas completa de los usos y pólizas.

**Acuerdo de Consentimiento/Consentimiento para el Uso y Divulgación de Información de Salud Protegida para Tratamiento, Pago u Operaciones de Atención Medica.**

Yo entiendo lo siguiente:

- Esta centro se reserve el derecho de cambiar el aviso y las practicas y antes de la implementación enviara por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si así lo solicita.
- Tengo derecho a solicitar restricciones sobre como se puede usar o divulgar mi información de salud protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago u atención médica y que este centro no esta obligado por ley a aceptar las restricciones solicitadas.
- Yo puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que este centro ya haya tomado medidas al respecto.
- El procedimiento de este centro es compartir información de salud protegida con laboratorios, radiografías, médicos consultores y hospitales. Llamaremos a la farmacia de su elección con respecto a sus recetas. Solo intercambiaremos la información de salud protegida mínima necesaria para cada transacción.

**Recibo del Aviso de practicas de privacidad Formulario de acuse de recibo por escrito Acuse de recibo del Aviso de practicas de información.**

Yo, \_\_\_\_\_, (su nombre) entiendo que, como parte de mi atención médica, este centro origina y mantiene registros médicos que describen mi historial médico, síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnosticó, tratamiento y cualquier plan para atención o tratamiento futuros. Yo reconozco que se me ha proporcionado y entiendo que el Aviso de prácticas de privacidad de este centro proporciona una descripción completa de los usos y divulgaciones de mi información de salud. Yo entiendo que:

- Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas de privacidad de este centro antes de firmar este reconocimiento;
- Este centro se reserve al derecho de cambiar su Aviso de practicas de privacidad y, antes de la implementación de esto, enviara por correo una copia de cualquier aviso revisado a la dirección que he proporcionado si así lo solicita.

**Nombre del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*Personal del Centro:*

**Firma del testigo (Empleado)** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUTORIZACION DE REPRESENTANTE PERSONAL PARA AUTORIZACION  
MEDICA**

Yo, autorizo a este centro a hablar con los siguientes familiares o mi representante personal (marque uno)

Toda la información médica, incluye, los registros relacionados con exámenes, tratamientos, consultas, registros de facturación, radiografías e informes de antecedentes, resultados de laboratorio, informes de admisiones y altas, registros de tratamientos, diagnósticos y pronósticos y registros, notas de enfermeras y médicos, y cualquier otra información no medica en mi expediente.

Solo los siguientes tipos de informacion:

---

---

---

**La información médica anterior solo se compartirá con las siguientes personas:**

Miembro de la Familia/Representante Personal

Relación

---

---

---

**Yo entiendo que puedo cancelar este formulario de autorización médica. Debo notificar a este centro o al personal por escrito sobre la terminación y la fecha de terminación.**

**Esta autorización seguirá siendo válida (marque uno)**

Hasta que sea revocado por escrito.

Fecha \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

Yo sé que tengo derecho a recibir una copia de este acuerdo.

**Nombre del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente o Representante Legal** \_\_\_\_\_

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