

**Naresh V. Mody, MD Biju T. Mathews, MD Rene Celis, MD**

*Atención integral de cardiología ~ Certificado por la junta en cardiología*

605 N. Washington Ave, Suite 100, Titusville, Florida 32796

Tele (321) 383-7600 Fax (321) 383-8111

Re: próxima cita

Estimado Paciente:

Para que podamos brindarle la atención óptima que necesita, necesitamos obtener su información médica y su consentimiento antes de programar su cita inicial.Completar estos formularios antes de programar una cita nos permite recopilar un historial médico completo, verificar su seguro y preparar sus registros electrónicamente para que nuestros médicos puedan tomar las mejores decisiones con respecto a su atención cardíaca. Esto minimiza los tiempos de espera ya que el tiempo de cada paciente para completar estos formularios varía según su historial de salud personal.

Puede entregar los documentos completos directamente en la oficina en persona o enviándolos por correo a:605 N. Washington Ave. Ste. 100 Titusville, Fl 32796, y enviándolos por fax al (321) 383-8111. Debido a la privacidad y la HIPAA, no podemos aceptar formularios por correo electrónico. Hemos proporcionado formularios para pacientes de cardiología descargables para su conveniencia o puede solicitar que se los envíen por correo directamente comunicándose con nuestra oficina. Una vez que un coordinador de admisiones reciba sus formularios completos, nos comunicaremos con usted para programar su cita. No dude en contactarnos para verificar que hemos recibido sus formularios, especialmente si se envían por fax o por correo. Entregarlos en persona a la oficina agilizará la obtención de una cita.

Traiga su tarjeta de seguro y una identificación con foto. Cualquier deducible, copago o coseguro se paga en el momento de cada visita. Si su seguro requiere una autorización previa o una remisión de su médico de atención primaria, debe asegurarse de que esto se haga antes de su cita. Por lo general, las HMO requieren una remisión.

**Para poder evaluarlo y tratarlo adecuadamente, necesitaremos una lista completa de los medicamentos que está tomando actualmente. Además, te requerimosTRAER SUS BOTELLAS DE MEDICAMENTOScon usted para verificar e identificar dónde está surtiendo y quién está recetando sus medicamentos actuales en su nombre. Comprenda que su cita será reprogramada si no trae sus medicamentos y la lista.**

Si tiene más preguntas, comuníquese con la oficina al 321-383-7600. Esperamos verte pronto.

**Si es menor de edad (menor de 18 años), un padre debe acompañarlo y firmar un consentimiento para serás tratado**.



**FLORIDA ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR 605 N. WASHINGTON AVE.STE. 100TITUSVILLE, FL 32796**

**NARESH V. MODY, MD BIJU T. MATHEWS, MD RENE CELIS, MD**

**TEL (321) 383-7600 FAX (321) 383-8111**

**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL PACIENTE (SI UN PADRE MENOR DE 18 AÑOS DEBE FIRMAR EL CONSENTIMIENTO)**

**Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dirección\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de seguro social\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Háganos saber cuando se encuentre en otra dirección, incluso si es temporal para fines de facturación y reabastecimiento de recetas ☺**

**2DA DIRECCIÓN\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(2da dirección si aplica)**

**Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono de casa\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. de trabajo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de celular\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de contacto preferido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexo: Hombre / Mujer Número de licencia de conducir\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\* Utilizamos un servicio de terceros para recordatorios de citas de cortesía. Indique cómo le gustaría recibir estos recordatorios marcando una de las siguientes opciones y luego enumerando el número que deberíamos utilizar:**

**Teléfono \_\_\_\_\_\_\_ Texto\_\_\_\_\_\_\_ Ninguno\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono que debemos usar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del cónyuge\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de contacto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Con quién debemos comunicarnos en caso de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Número de teléfono\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación con usted: Cónyuge / Pariente / Hijo / Amigo**

**Médico de atención primaria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**HISTORIA SOCIAL**

**Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Profesión: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Desempleado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Discapacitado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Estado civil () Soltero () Casado () Divorciado () Separado () Viudo**

**Indique con quién puede hablar la oficina con respecto a su atención médica y tratamiento, y también sus números de teléfono.**

**1 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2 .\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre / número de teléfono Nombre / número de teléfono**

**Autorizo ​​a la oficina a divulgar la PHI a las personas mencionadas anteriormente.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Paciente o padre (si es menor de edad) Firma Fecha**

**Página 1**



**Lanzamiento de registro**

**Beneficios de Medicare para proveedores, médicos y pacientes**

Certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago en el expediente XVIII de la ley de seguridad social es correcta. Autorizo ​​a cualquier poseedor de información médica u otra información u otra información sobre mí a divulgar a la administración del seguro social o sus intermediarios o proveedores cualquier información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios del médico al médico u organización que brinda los servicios y autorizo ​​a dicho médico u organización a presentar un reclamo a Medicare para el pago.

**Autorización para médicos y diagnósticos** Tratamiento

Yo, el abajo firmante, como paciente de su representante autorizado, por la presente autorizo ​​a la Asociación Cardiovascular de Florida a sus empleados y agentes a tratar las afecciones que aparecen indicadas en las quejas y hallazgos de admisión. Se me informará sobre los modos de tratamiento, los riesgos involucrados y la naturaleza de los procedimientos a realizar. No se ha dado ninguna garantía de que mi condición actual se curará.

**Divulgación de registros médicos Divulgación de registros médicos e información médica**

Yo, el abajo firmante, como paciente o su representante autorizado, por la presente autorizo ​​a la Asociación Cardiovascular de Florida y / o su representante (s) a divulgar a mi (s) compañía (s) de seguros u otra (s) agencia (s) apropiada (s) la información que sea necesaria para Validar esta afirmación.

**Asignación de responsabilidad financiera y de seguros Asignación de responsabilidad financiera y de seguros**

Por la presente autorizo ​​el pago a la Asociación Cardiovascular de Florida por los beneficios que de otro modo me pagarían, incluido el seguro médico mayor. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos incurridos durante este programa de tratamiento, ya sea que los pague o no dicho seguro. Es mi responsabilidad pagar cualquier monto de deducible o cualquier otro saldo no pagado por mi seguro en 45 días.

**Estoy de acuerdo…**

Estoy de acuerdo en pagar a la Asociación Cardiovascular de Florida cualquier dinero adeudado si no se presenta un formulario de referencia que autoriza la visita al momento de la visita o dentro de los 10 días posteriores a la visita. Acepto autorizar la divulgación de mi información médica a otros médicos y / o especialistas si es necesario para el tratamiento o una necesidad médica adicional.

**El abajo firmante ...**

El abajo firmante ha leído y comprende las declaraciones anteriores y acepta voluntaria y voluntariamente, ya sea como paciente o su representante autorizado, liberar a la Asociación Cardiovascular de Florida o sus empleados, de toda responsabilidad que pueda surgir de esta acción, ya sea o no previsto en la actualidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente o si es el nombre del padre menor en letra de imprenta Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Paciente o si firma del padre menor

Página 2



**Política financiera**

**Planes de seguro médico**Usted acepta proporcionar la información de su seguro médico actual en su primera cita y en cualquier momento que haya un cambio en su plan de seguro médico. Esto es necesario para obtener las autorizaciones y referencias necesarias y para verificar la elegibilidad, así como para evitar la denegación de reclamaciones.

**Laboratorio** Es un requisito de su plan de seguro saber dónde se enviará su trabajo de laboratorio. Seleccione el laboratorio correspondiente a su plan de seguro.

Quest Diagnostics: \_\_\_ Lab Corp \_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Planes participantes HMO, PPO, POS y de indemnización:**

• Su deducible es su responsabilidad de acuerdo con su plan de seguro.

• Su copago / coseguro es su responsabilidad de acuerdo con su plan de seguro.

• Si tiene alguna pregunta al respecto, llame a su compañía de seguros antes de su visita o procedimiento. Cualquier otra pregunta llame a la Asociación Cardiovascular de Florida al 321-383-7600

• Por favor, comprenda que es responsabilidad del paciente comprender las reglas y regulaciones de su política. Si no somos un médico participante, es posible que usted sea responsable de los cargos incurridos.

• Si corresponde, obtenga la derivación / autorización requerida de su médico de atención primaria antes de su visita. Puede ser reprogramado si no se ha obtenido autorización.

• Llame a su compañía de seguros antes de su visita para asegurarse de que nuestros Médicos participen en su plan de seguro y que sus servicios sean un beneficio “cubierto”.

• Si su seguro requiere un copago, este se cobrará en el momento de su cita. Presentaremos sus reclamos de seguro como cortesía. Si sus reclamaciones no se han pagado de manera oportuna, puede recibir nuestro estado de cuenta que le notifica estas circunstancias. En ese momento, se le pedirá que llame a su compañía de seguros para verificar el estado de la reclamación primero y luego llame a nuestro Departamento de Facturación al 321-383-7600 para ayudarlo.

**Citas perdidas**

Si se pierde más de una cita dentro de un año calendario sin notificar a la oficina dentro de las 24 horas para cancelar, se cargará una tarifa no reembolsable de $ 35.00 a su cuenta por cualquier cita posterior y deberá pagarla antes de reprogramarla. Si un nuevo paciente falta a una cita, se cobrará una tarifa de $ 35 antes de reprogramar y se aplicará a un monto de copago si se respeta la cita; sin embargo, si se pierde, esta tarifa se perderá. Solo verdaderas emergencias, como una documentada, por ejemplo; Se considerará una hospitalización o un accidente automovilístico para no aplicar cualquiera de las tarifas indicadas. Si ocurre un patrón de citas perdidas, es posible que le den de alta del consultorio.

Seguro de pago propio y no participante:

Si tiene un plan con un deducible alto, es responsable de pagar todos los servicios en el momento en que se presten hasta que se haya alcanzado este deducible.

Si tiene una HSA (cuenta de ahorros para la salud), no les facturamos. Solicite una tarjeta de débito si está disponible a través de su cuenta HSA. También puede enviar una copia de su explicación de beneficios al administrador de su plan HSA para el reembolso directo. No podemos verificar cuánto hay actualmente en su cuenta HSA, por lo tanto, a menos que tenga una tarjeta de débito para usar en el momento del servicio, se espera que pague los montos de copago o coseguro adeudados.

• Todos y cada uno de los saldos adeudados del paciente se cobrarán antes de su cita.

• Los cheques devueltos están sujetos a un cargo por servicio de $ 35.00.

• Las tarifas por registros médicos y formularios varían, llame al 321-383-7600 para conocer los precios.

• Esta Declaración de política financiera debe firmarse antes de cualquier tratamiento.

\*\*\*\* Las cuentas morosas más allá de los 90 días sin los arreglos de pago acordados están sujetas a la cancelación de la práctica y una tarifa de restablecimiento de $ 25 una vez que se concilie la deuda. \*\*\*

He leído la Política Financiera. Entiendo y acepto esta Política financiera.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o padre si es menor Fecha

Página 3



Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SEGURO**

**Primario:**

Nombre de la compañía de seguros\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HMO o PPO (circule uno) Dirección del seguro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: Yo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Secundario:**

Nombre de la compañía de seguros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de identificación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titular de la póliza: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación: Yo mismo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cónyuge: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO REFERENTE**

¿Otro médico lo refirió? Sí No\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la siguiente información para que podamos enviar un informe a su médico remitente.

Nombre del médico remitente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax de la oficina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si tiene un médico de cabecera que no sea su médico remitente, complete la siguiente información para que podamos enviar un informe a su médico de cabecera.

Nombre del médico principal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fax de la oficina \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Página 4



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

**HISTORIAL MÉDICO DEL PACIENTE (traiga informes recientes o pasados ​​relacionados con las condiciones a continuación)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONDICIÓN (marque con un círculo si corresponde)** | **SI** | **NO** | **FECHA DE COMIENZO** | **NOTAS explican los detalles y quién trató** |
| Arritmias o palpitaciones |  |  |  | Escriba si lo conoce |
| Cáncer |  |  |  | Tipo y Dónde |
| Coágulo en la TVP de la pierna o en el pulmón |  |  |  | explique |
| Arteriopatía coronaria |  |  |  |  |
| Diabetes o trastorno endocrino |  |  |  | Explique el tipo |
| Colesterol elevado |  |  |  |  |
| Ojo, oído, nariz o garganta |  |  |  | explique |
| Genitourinario, próstata, cálculos renales, útero, vejiga (círculo) |  |  |  | explique |
| ERGE o úlceras de estómago (círculo) |  |  |  | explique |
| Infarto de miocardio |  |  |  |  |
| Hipertensión |  |  |  |  |
| Enfermedad mental |  |  |  | Tipo: |
| Enfermedad vascular periférica |  |  |  |  |
| Enfermedad pulmonar o pulmonar |  |  |  | Explicación química s / n |
| Enfermedad renal o renal |  |  |  | explique |
| Reumatología, artritis gota |  |  |  | explique |
| Trastorno de la piel |  |  |  | explique |
| Carrera |  |  |  |  |
| Enfermedad de tiroides |  |  |  |  |
| Enfermedad cardíaca valvular |  |  |  |  |
| Venas varicosas |  |  |  |  |

**Pruebas previas**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pruebas o cirugía cardíaca** | **si** | **No** | **Fecha** | **Notas (¿Dónde se realizó la prueba?)** |
| Ablación |  |  |  |  |
| Angioplastia / stent |  |  |  |  |
| Ultrasonido arterial |  |  |  |  |
| Cirugía de derivación o válvula |  |  |  | explique |
| Cateterización cardiaca |  |  |  |  |
| Cardioversión |  |  |  |  |
| Cirugía carotídea |  |  |  |  |
| Ultrasonido carotídeo |  |  |  |  |
| Ecocardiograma |  |  |  |  |
| Monitor de eventos |  |  |  |  |
| Monitor Holter |  |  |  |  |
| Cirugías cardíacas: |  |  |  | explique |
| Otras cirugías: |  |  |  |  |
| Marcapasos / desfibrilador |  |  |  |  |
| Stents de angioplastia periféricos |  |  |  |  |
| Eco de estrés |  |  |  |  |
| Prueba de estrés |  |  |  |  |
| Ultrasonido venoso |  |  |  |  |

**Página 5**



Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Cirugías** | **Año** | **Cirujano** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Historia familiar**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Relación | Problemas de salud importantes | Si falleció a la edad de fallecimiento |
| Padre |  |  |
| Madre |  |  |
| Hermano (marque uno)  Hermano hermana ( ) |  |  |
| Hermano Hermano () Hermana () |  |  |
| Abuela | Maternal: Paternal: | Estera. Palmadita. |
| Abuelo | Maternal: Paternal: | Estera. Palmadita. |

**Historia social**

**¿Ocupación ahora o antes de la jubilación? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ejercicio: tipo de ejercicio\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Frecuencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Dieta: Restricciones o tipo, si las hubiera\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Historia del tabaco**

¿Alguna vez ha fumado cigarrillos? Sí\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Si no, pase a Historial de sustancias

**Fumadores actuales:**¿cuánto fuma actualmente? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ paquete por día ¿A qué edad empezaste? \_\_\_\_\_\_\_\_

**Antiguos fumadores**: ¿Cuánto fumaste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_paquete por día. ¿A qué edad dejó de fumar? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historial de sustancias**

¿Actualmente bebe alcohol? Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tipo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de bebidas alcohólicas día \_\_\_\_\_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ socialmente \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cafeína por día: número de tazas por día: té\_\_\_\_\_\_\_\_\_ café\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ refrescos\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Usuarios actuales de sustancias enumeradas a continuación: Sí \_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_ Ex usuarios: Sí \_\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_\_\_

Por favor, indique con un cheque qué es o qué usó:

() Marihuana () Cocaína () Heroína () PCP () Otro\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Deseos de fin de vida**

¿Tiene un testamento vital? Y\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_ ¿Sustituto de atención médica? Y\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_\_\_

¿Poder legal? Y\_\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_\_

No resucitar: S\_\_\_\_\_ N\_\_\_\_\_\_ Si respondió que sí, proporcione una copia de los documentos para su cuadro **☺**

**Página 6**



Nombre del paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Encierre en un círculo todas las que correspondan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Síntomas recientes o actuales** | **si** | **No** | **\*\* Explicación detallada \*\*** |
| **Cardiovascular** |  |  |  |
| Dolor de pecho o angina |  |  |  |
| Palpitaciones irregulares del ritmo cardíaco |  |  |  |
| Hinchazón de pies, tobillos o manos. |  |  |  |
| **Constitucional** |  |  |  |
| Buena salud general últimamente |  |  |  |
| Cambios de peso recientes |  |  |  |
| Fatiga |  |  |  |
| Náuseas o vómitos frecuentes |  |  |  |
| Dificultad para dormir |  |  |  |
| **Hematología / Linfática / Oncología** |  |  |  |
| Moretones con facilidad |  |  |  |
| Sangrado frecuente |  |  |  |
| **Musculoesquelético** |  |  |  |
| Rigidez o dolor de los músculos de las piernas |  |  |  |
| Debilidad de los músculos de las piernas |  |  |  |
| Dificultad para caminar |  |  |  |
| **Neurológico** |  |  |  |
| Dolores de cabeza |  |  |  |
| Entumecimiento u hormigueo |  |  |  |
| Debilidad o parálisis |  |  |  |
| Convulsiones o convulsiones |  |  |  |
| Pérdida o visión borrosa |  |  |  |
| Desmayos o mareos |  |  |  |
| Pérdida de memoria o confusión |  |  |  |
| **Respiratorio** |  |  |  |
| Dificultad para respirar |  |  |  |
| **Problemas de la piel** |  |  |  |
| Erupción, eccema, |  |  |  |
| **Genitourinario** |  |  |  |
| Ardor o urgencia |  |  |  |
| **Psiquiatría** |  |  |  |
| Estrés reciente o crónico |  |  |  |

**¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Página 7



**MEDICAMENTOS ACTUALES**

¿Dónde obtiene sus recetas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Medicamento** | **Fuerza** | **Frecuencia** | **Prescrito por** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Alergias**

¿Alguna vez ha tenido una reacción alérgica a algún medicamento? Sí No\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En caso afirmativo, enumere a continuación cualquier medicamento o sustancia y la reacción.

|  |  |
| --- | --- |
| **Medicamento o sustancia** | **Reacción** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Página 8



Dr. Naresh Mody, MD, Dr. Biju Mathews, MD, Dr. Rene Celis, MD

**Aviso de las regulaciones y el formulario de consentimiento de HIPAA**

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA EL USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Por la presente doy mi consentimiento para que la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA use y divulgue información médica protegida (PHI) sobre mí para llevar a cabo operaciones de tratamiento, pago y atención médica (TPO).

(El Aviso de Prácticas y Políticas de Privacidad de FLORIDA CARDIOVASCULAR proporciona una descripción más completa de dichos usos y divulgaciones)

Tengo derecho a revisar el Aviso de prácticas y políticas de privacidad antes de firmar este consentimiento. LA ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA se reserva el derecho de revisar su Aviso de prácticas de privacidad en cualquier momento. Se puede obtener un Aviso de Prácticas de Privacidad revisado enviando una solicitud por escrito al Oficial de Privacidad de la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA en 605 N. Washington Ave. Ste. 100 Titusville, FL 32796. Con este consentimiento, la Asociación Cardiovascular de Florida puede llamar a mi casa, a otra ubicación alternativa y dejar un mensaje en el correo de voz o en persona en referencia a cualquier elemento que ayude a la práctica a llevar a cabo la atención clínica, incluidos los resultados de laboratorio entre otros.

Con este consentimiento, la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA puede enviar por correo a mi casa u otra ubicación alternativa cualquier

***ARTÍCULOS QUE AYUDAN A LA PRÁCTICA PARA REALIZAR TPO, COMO TARJETAS DE RECORDATORIO DE CITA Y DECLARACIONES DEL PACIENTE***.

Con este consentimiento, FLORIDA CARDIOVASCULAR ASSOCIATION, puede enviar un mensaje de texto a mi teléfono celular con cualquier artículo que ayude a la práctica a llevar a cabo la TPO, como recordatorios de citas. Tengo derecho a solicitar que la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA restrinja la forma en que usa o divulga mi PHI para llevar a cabo TPO.

Sin embargo, la práctica no está obligada a aceptar mis restricciones solicitadas, pero si lo hace, está obligada por este acuerdo.

Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA utilice y divulgue mi PHI para llevar a cabo TPO.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito excepto en la medida en que la práctica ya haya hecho divulgaciones basándose en mi consentimiento previo. Si no firmo este consentimiento, o luego lo revoco, la ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE LA FLORIDA puede negarse a brindarme tratamiento.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor legal Fecha Nombre impreso del paciente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre impreso del tutor legal, si corresponde

**605 N. Washington Ave., Suite 100, Titusville, Florida 32796 Teléfono: 321-383-7600 fax: 321-383-8111**

Página 9



**ASOCIACIÓN CARDIOVASCULAR DE FLORIDA, PA**

**ETNICIDAD / RAZA (SELECCIONAR UNO)**

\_\_\_\_\_\_HISPANO: Una persona que se identifique o sea de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano o sudamericano u otro

Cultura u origen español.

\_\_\_\_\_\_ NO HISPANOS Cualquier opción posible no cubierta en la categoría anterior.

\_\_\_\_\_\_DESCONOCIDO Una persona que no puede o se niega a declarar su origen étnico.

\_\_\_\_\_\_BLANCO Una persona que tiene orígenes o que se identifica con cualquier

De los pueblos caucásicos originales de Europa, África del Norte o Medio Oriente.

\_\_\_\_\_\_NEGRO Una persona que tiene orígenes o que se identifica con cualquiera de los grupos raciales negros de África.

\_\_\_\_\_\_NATIVO AMÉRICO / ESKIMO / ALEUT

Una persona que tiene orígenes o que se identifica con cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y que mantiene una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento comunitario.

\_\_\_\_\_\_ ISLA ASIÁTICO / PACÍFICO

Una persona que tiene orígenes o que se identifica con cualquiera de los pueblos orientales originales del Lejano Oriente, el sudeste asiático, el subcontinente indio o las islas del Pacífico. Incluye Hawái, Laos, Vietnam, Camboya, Hong Kong, Taiwán, China, India, Japón, Corea, las Islas Filipinas y Samoa.

\_\_\_\_\_OTRO Cualquier opción posible no cubierta en las categorías anteriores. Incluye pacientes que citan más de una raza.

\_\_\_\_\_DESCONOCIDO Una persona que no puede o se niega a declarar raza.

**IDIOMA**

IDIOMA PREFERIDO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Página 10



**CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

**Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ el padre y tutor legal de**

**(nombre impreso del padre o tutor)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (paciente menor)**

**(nombre impreso del paciente / menor)**

**autorizar a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ M.D.,**

**(nombre del médico impreso)**

**Un médico de la Asociación Cardiovascular de Florida para examinar, evaluar y tratar al paciente mencionado anteriormente.**

**El padre o tutor debe acompañar al paciente menor a cada visita para discutir el plan de atención, cualquier tratamiento o prueba adicional necesaria y proporcionar cualquier consentimiento adicional necesario para la atención continua.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(firma del padre o tutor) Fecha**