

Oficinas CVM:

Annapolis

108 Forbes Street, 2nd Piso
Annapolis, MD 21401

Alexandria

1900 N Beauregard St Suite 110
Alexandria, VA 22311

Catonsville

1001 Pine Heights Avenue Suite 202
Baltimore, MD 21229

Columbia

11055 Little Patuxent Pkwy Ste 203
Columbia, MD 21044

Chester

415 Route 24 Suite 6/7
Chester, NJ 07930

Easton

503 Cynwood Drive Suite 4
Easton, MD 21601

Fairfax

8316 Arlington Blvd, Ste 515
Fairfax, VA 22031

Fredericksburg

501 Park Hill Dr
Fredericksburg, VA 22401

Greenbelt

7300 Hanover Drive,
Suite 104
Greenbelt, MD 20770

Glen Burnie

1600 Crain Hwy S. Suite #410

Glen Burnie, MD 21061

Prince Frederick

205 Steeple Chase Drive,
Suite 302
Prince Frederick, MD 20678

Pikesville

6821 Reisterstown Rd
Baltimore, MD 21215

Silver Spring

831 University Boulevard East,
Suite 25
Silver Spring, MD 20903

Waldorf

12107 Old Line Center

Instrucciones para Pacientes Nuevos

Esta información es para asistirle preparar para su primera cita con nosotros en el CVM. Por favor complete los siguientes formularios antes de su cita y tráigalos con usted. Esto le ayudará para acelerar el proceso de la registración.

1. **Formulario Demográfico del Paciente-** este formulario incluye la información del seguro médico para registrarle con nuestra clínica.
2. **Formulario de Información Médica-** Este formulario es para proveernos con información sobre la historia médica. Incluye una lista de los medicamentos y una lista de las alergias.
3. **Consentimiento de la Divulgación de la Información Protegida de Salud-** Solamente compartiremos la información con otros médicos que tienen razón para saber de sus tratamientos médicos menos que el paciente nos pida divulgarla con otra entidad.

Lo Más Importante, Cuando usted venga para su cita, por favor traiga los siguientes documentos que necesitamos para nuestros registros.

1. **Identificación con una foto:** ej. Licencia, Pasaporte, Identificación Militar, Identificación del Estado, etc.
2. **Tarjetas de Seguro Médico Actuales**
3. **La referencia del doctor de atención primaria (si el seguro médico la requiere).**

Si tiene cualquier pregunta o si necesita ayuda con esta información, avísanos y con gusto le ayudaremos.

Su cita es el : _____ a la(s): _____ Oficina: _____

Información Demográfica del Paciente

A. INFORMACION DEL PACIENTE					
Apellido(s):		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Edad:	Sexo: Masculino/Femenino	Estado Civil:	Etnicidad:	Idioma de Preferencia INGLÉS / ESPAÑOL / OTRO: _____	
DIRECCION Local			# de Apartamento:	Ciudad:	Estado:
Código Postal:	Municipio:		Correo Electrónico: Para el paciente Portal		
Por favor elija el medio de contacto preferido: <input type="checkbox"/> # de la Casa <input type="checkbox"/> # Móvil <input type="checkbox"/> # del Empleador <input type="checkbox"/> # Alternativo <input type="checkbox"/> Mensaje de Texto					
Número de Teléfono de la Casa:		Número de Teléfono Móvil:		Número del Empleador:	Número Alternativo:
# de Teléfono de su Contacto de Emergencia:		Nombre de su Contacto de Emergencia:		Relación al Paciente:	
Nombre del Médico de Referencia:			Domicilio, # de Teléfono y # de Fax del Médico de Referencia:		
Nombre del Médico de Atención Primaria (PCP)			Domicilio, # de Teléfono y # de Fax del Médico de Atención Primaria		
Nombre de otro doctor a quien usted quiere que le enviemos la información de sus citas:					
B. INFORMACION DEL EMPLEADOR					
Empleador del Paciente:			Domicilio del Empleador:		Número de teléfono:
C. ASEGURANZA MEDICA Favor de proveer la información del SUBSCRIPTOR: LA FECHA DE NACIMIENTO DEL SUBSCRIPTOR para la facturación precisa					
Nombre de Compania de Aseguranza:		Nombre del Subscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Relación al Paciente:
Número de la Póliza:		Número del Grupo:	Copago:	Lugar de Empleo del Subscriptor:	
D. SEGUNDO SEGURO MÉDICO					
Nombre de Compania de Aseguranza:		Nombre del Subscriptor:		Fecha de Nacimiento:	Relación al Paciente:
Número de la Póliza:		Número del Grupo:	Copago:	Lugar de Empleo del Subscriptor:	

NOMBRE DEL PACIENTE _____

FIRMA DEL PACIENTE O EL TUTOR LEGAL : _____ FECHA: ____/____/____

Información Médica

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Nombre y Teléfono de la Farmacia Preferida: _____

Médico de Referencia: _____ Podólogo: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Cardiólogo: _____

Ocupación: _____ Lugar de Trabajo: _____

Razón por su cita: _____

Síntomas: _____ Fecha del comienzo de sus síntomas: _____

Medicamentos: Favor de enumerar sus medicamentos y proveer una lista completa si la tiene

Nombre del Medicamento	Dosis	Nombre del Medicamento	Dosis

Alergias- incluya la reacción

Medicamento	Reacción	Látex	Sí / No
		Mariscos	Sí / No
		Tinta Florecente	Sí / No

Usted fuma actualmente? Sí / No Paquetes por día _____ Años _____

Alguna vez ha fumado? Sí / No Paquetes por día _____ Años _____

Usa alcohol? Sí / No Ocasionalmente Diario

Estado civil : Casado(a) / Soltero(a) / Divorciado(a) / Viudo(a)

Historia Medica de su Familia: Por favor indique cual familiar suyo tiene o tuvo cualquier de los siguientes condiciones y enfermedades :

____ Presión sanguínea alta

____ Diabetes

____ Colesterol alto

____ Cardiopatía

____ Derrame

____ Cáncer (especifique por favor)

____ Venas Varicosas

____ Otro (especifique por favor)

Usted tiene cualquier de las siguiente enfermedades o condiciones?

Diabetes	Artritis
Presión Sanguínea Alta	Asma/ EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica)
Colesterol Alto	Reflujo Gastroesofágico
Cardiopatía	Cáncer
Coágulos (piernas/pulmones)	Depresión/Ansiedad
Trastorno de Sangrado/Coagulación Sanguínea	VIH/Hepatitis
La Enfermedad Renal	Apnea Obstructiva del Sueño
Derrame/ (AIT) Accidente Isquémico Transitorio	Otro:

Cardiopatía: Fibrilación Auricular: _____ Bypass de la Arteria Coronaria/o Stent _____

Historia de MI/Ataque Cardíaco _____ Fecha: _____

Marcapasos Cardíaco / Desfibrilador? Sí / No

Usted actualmente recibe los tratamientos de diálisis? Sí / No

Si los recibe, por favor provee el nombre del doctor y de la clínica que le trata: _____

Alguna vez ha tenido coágulos en las piernas ? Sí / No

Si los ha tenido, por favor especifique cuantas veces: _____

Cirugías previas:

Fecha:

Tipo de Cirugía:

Número de Embarazos (si es aplicable): _____ **Número de Partos (si es aplicable):** _____

Como aprendió de nuestra clínica? Por favor indique:

Médico Empleado Referencia Personal Otro: (especifique) _____

Contacto en caso de una emergencia:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico del paciente (para el portal del paciente) _____

Firma del Paciente _____ **Fecha:** _____

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

FAVOR DE ESCRIBIR CON LETRA DE IMPRENTA

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SU CUENTA DE CONFORMIDAD CON LAS REGLAS DE HIPAA – Favor de hacer una lista de las personas que autorice comunicarse con nosotros sobre su información médica y/o información de su cuenta.

Sus médicos son incluidos automáticamente. Si usted le gustaría recibir una copia de nuestro formulario de HIPAA, por favor pídalo con nuestro recepcionista.

(1) _____ Relación al Paciente: _____
 (2) _____ Relación al Paciente: _____
 (3) _____ Relación al Paciente: _____

Autorizo que dejen mensajes en los siguientes medios de contacto:

# de Teléfono de la Casa	SÍ / NO	MEDIO DE CONTACTO PREFERIDO
# Móvil	SÍ / NO	MEDIO DE CONTACTO PREFERIDO
# de Teléfono del Empleador	SÍ / NO	MEDIO DE CONTACTO PREFERIDO

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN PARA EL PAGO DE SERVICIOS

Autorizo al Centro Vascular de Medicina compartir toda la información necesaria para el pago de los servicios proveídos, incluso notas del tratamiento médico. Autorizo que cualquier pagador pague a esta clínica directamente. Cualquier requisito del seguro médico, tales como una referencia de seguro o una autorización previa, es la responsabilidad del paciente únicamente. Comprendo que soy responsable financieramente para todos los servicios independientemente de los beneficios de mi seguro médico, y que soy obligado(a) actualizar la información de mi seguro médico y mi información demográfica con esta oficina cuando es necesario. Consiento pagar sin demora los servicios que la oficina me provea (o al paciente indicado). Si falle pagar mi compromiso financiero al Centro Vascular de Medicina y será necesario tomar acciones para cobrar mi cuenta, consiento pagar todos los costos y gastos contraídos en el proceso de cobrar mi cuenta.

Iniciales: _____

AVISO DE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

Utilizamos la información que usted nos provee, incluso su información médica, para su tratamiento, el pago de su cuenta, y las operaciones de su atención médica. Por favor revise a nuestro “Aviso de Prácticas de Confidencialidad” para una descripción completa. Usted tiene el derecho de revisar el aviso antes de firmar el consentimiento. Los términos de nuestro Aviso de Prácticas de Confidencialidad pueden cambiar. Puede obtener un aviso revisado de nuestra oficina si llame el número (301)486-4690. Tiene el derecho de restringir el uso de su información médica para su tratamiento, el pago de su cuenta, o las operaciones de su atención médica. No somos obligados consentir a la restricción. Si autorizamos la restricción, el acuerdo será jurídicamente vinculante para nosotros. Tiene el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento por medio de avisarnos con una carta escrita. Nuestra dirección es 7300 Hanover Drive Ste. 104, Greenbelt, MD. 20770. Yo por la presente consiento al Centro Vascular de Medicina al uso y la divulgación de mi información personal identificable de salud para mi tratamiento, el pago de mi cuenta, y las operaciones de mi atención médica. Me han proveído una copia del Aviso de Prácticas de Confidencialidad. Acepto dar mi consentimiento para que el personal del Centro Vascular de Medicina me tome fotografías y / o videos médicos. Entiendo que la información puede ser usado en mi registro médico, con fines de enseñanza médica o para publicación, y para asegurar la seguridad del paciente. Al dar mi consentimiento para estas fotografías y / o videos médicos, entiendo que no recibiré ningún pago de ninguna parte. Aunque estas fotografías se utilizarán sin identificar información personal como mi nombre, entiendo que es posible que alguien me reconozca.

Iniciales: _____

PÓLIZA DE CANCELACIÓN Y FALTA DE ASISTENCIA A CITAS

Para luchar por la perfección, hemos implementado la siguiente póliza de cancelación y falta de asistencia a citas para nuestra clínica. **Metas de esta póliza:** (1) Reducir el número de citas perdidas que son a causa de los pacientes no llegando para sus citas programadas o no llamando antes de sus citas para cancelarlas y (2) asegurar que los pacientes que quieran o necesiten una cita no sufran de ninguna inconveniencia causado por otros pacientes que no cooperan con las pólizas de la oficina. **Nuestra póliza declara:** Cualquier cita perdida para una cirugía, consultación, o estudios médicos que no es cancelada 48 horas antes de la hora de su cita será cobrado un gasto de \$35.

Iniciales: _____

FIRMA: _____

FECHA: _____