

Care Cardiology and Vein Center

Dr. Saleem Saiyad MD, FACC, DABVM

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Medio Initials \_\_\_\_\_\_\_

Hombre \_\_\_ Mujer \_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado Civil: Soltero Casado Divorciado Viuda(circule uno)

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ubicación / Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Médico Referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de Doctor Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

relativo o persona más cercana, que podamos contactar en caso de una emergencia

Nombre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre De Seguro Primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de miembro o número de suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de seguros secundario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de miembro o número de suscriptor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de grupo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Acuerdo del paciente**

**Asignación de beneficios / Autorización de tratamiento:**

He aquí el autor. y autorizar el pago directo de los beneficios médicos a Care Cardiology y Vein Center por los servicios prestados por el Dr. Saleem Saiyad MD FACC, en persona o bajo su supervisión. Entiendo que soy financieramente responsable por cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre.

**Responsabilidad financiera:**

entiendo que soy responsable de todos los servicios prestados a las tarifas del médico. En el caso de que, los beneficios del seguro se asignen al médico y se facturen al asegurador, estoy de acuerdo en pagar todos los cargos que no están cubiertos por el seguro o que el asegurador no paga puntualmente. Entiendo y acepto que es mi responsabilidad obtener las aprobaciones previas requeridas por mi proveedor de seguros y tomar todas las demás medidas para obtener la calidad de la cobertura del seguro. Estoy de acuerdo en que todos los cargos se deben a la facturación. Entiendo que los reclamos que mi compañía de seguros no pague o niegue son responsabilidad de pagar a Care Cardiology y Vein Center. Estoy de acuerdo en que, si me remiten a una agencia de cobranza o si es necesaria una acción legal para cobrar mi saldo, seré responsable de los honorarios razonables de los abogados y los costos de cobranza del abogado.

Doy mi consentimiento para que Care Cardiology y Vein Center, sus representantes autorizados, médicos, proveedores y / o contratistas médicos independientes proporcionen servicios médicos que incluyan diagnósticos y radiológicos procedimientos, administración de medicamentos y otros tratamientos y cuidados que se consideren convenientes o necesarios para mi cuidado.

Pacientes de HMO (Humana, Tricare, etc.): Si tengo un médico de atención primaria (PCP) asignado por mi compañía de seguros, es mi responsabilidad proporcionarle a Card Cardiology y Vein Center los documentos de referencia y / o autorización. El no hacerlo puede resultar en que se rechacen mis reclamaciones médicas y en mi total responsabilidad de hacer un pago completo por la atención prestada.

**Divulgación de información:**

Autorizo ​​la divulgación y divulgación de la totalidad o parte de mis registros médicos a cualquier persona o entidad o representante de los mismos que pueda ser responsable de pagar cualquier parte de los cargos incurridos, incluidos, entre otros, los siguientes: seguros privados, federal o agencias estatales. Además, autorizo ​​la divulgación de registros médicos a cualquier médico, hospital o cualquier otra persona actualmente o posteriormente involucrada en mi atención médica. Autorizo ​​al Dr. Saleem Saiyad MD FACC a obtener los registros médicos necesarios para facilitar mi diagnóstico o plan de tratamiento. Esta liberación no puede ser revocada durante el curso del tratamiento.

Al firmar a continuación, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estoy obligado a cumplir con todos los términos establecidos en este documento. Este acuerdo seguirá siendo válido para todas las visitas posteriores y todos los servicios después de esta fecha, a menos que se revoque por escrito.

He leído este documento o me lo han leído, y entiendo y acepto voluntariamente sus términos. Si firmo como representante del paciente, certifico que tengo la autoridad para hacerlo.

**IMPRIMA NOMBRE**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**FIRMA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Cancelaciones de última hora y citas perdidas:**

Requerimos un aviso de 24 horas en todas las cancelaciones. Como cortesía a nuestros pacientes, intentamos confirmar todas las citas. Reconocemos que surgen situaciones que están fuera de su control; sin embargo, es imperativo que se comunique con nuestra oficina de inmediato para notificarnos su cancelación de manera oportuna. Las citas canceladas con menos de 24 horas de anticipación o las citas que no se cumplan estarán sujetas a una tarifa.

* $25.00 visita a la oficina
* $50.00 Diagnóstico por imágenes, como Ecocardiograma, Ultrasonido Venoso, Ultrasonido Carotídeo, etc.
* $50.00 Escleroterapia o Ablación
* $80.00 para pruebas de estrés nuclear
* $500 por procedimiento de angiografía
* $ 25 por presentar la documentación para reclamos de licencia o discapacidad

Tenga en cuenta que su seguro no cubre este cargo. Las citas repetidas de "ausencia" pueden resultar en que lo remitan de nuevo a su compañía de seguros para que lo reasigne a otro especialista.

**Llegadas tardías:**

Si un paciente llega más de 10 minutos tarde a una cita, la cita debe reprogramarse. Esto es para asegurar que los pacientes que llegan a tiempo no esperen más de lo necesario para ver al proveedor. Se le puede dar la opción de esperar otra cita el mismo día si hay una disponible, pero no puede comprometer la calidad y la atención oportuna brindada a nuestros otros pacientes.

Soy consciente de los cargos por no presentación y cancelación mencionados anteriormente. Entiendo que la oficina hará todo lo posible para realizar una llamada de recordatorio de cortesía para mis citas. Sin embargo, independientemente de si se proporciona una llamada de recordatorio, sigo siendo responsable de asistir a mis citas programadas.

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

Firma del paciente Fecha

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

Nombre impreso del paciente

**AUTORIZACIÓN PARA OBTENER LOS REGISTROS MÉDICOS DEL TRATAMIENTO DE PROVEEDORES MÉDICOS E INSTALACIONES**

**AQUÍ AUTORIZO** Centro de Cardiología y Vena para obtener cualquier y todos los registros médicos relacionados con mi atención médica de cualquier hospital, hospital u otro profesional de la salud. que han prestado atención como mi médico o centro de tratamiento.

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

Nombre del paciente Firma

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

Fecha Fecha de nacimiento Número de contacto del teléfono

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA A INDIVIDUOS / MIEMBROS DE LA FAMILIA**

De acuerdo con las reglas de privacidad del Gobierno Federal implementadas a través de la Ley de Portabilidad de Atención Médica de 1996 (HIPPA), en orden para su médico o Para que el personal de Care Cardiology y Vein Center analice su condición con los miembros de su familia u otras personas que usted designe, debemos obtener su autorización antes de hacerlo. En el caso de un episodio crítico o si no puede otorgar su autorización debido a la gravedad de su afección médica, la ley estipula que estas reglas pueden ser anuladas.

\_\_\_\_ No autorizo ​​a Care Cardiology y Vein Center a divulgar ninguna información relacionada con mi atención médica a ninguna persona, excepto por lo establecido anteriormente.

\_\_\_\_ Autorizo ​​a Care Cardiology y Vein Center a divulgar cualquiera o toda la información relacionada con mi atención médica a las siguientes personas::

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

escriba su Nombre Nombre: escriba

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

Relación con el paciente Relación con el paciente

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

Número de teléfono Teléfono número

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

Firma del paciente Fecha

Cardiología y Vein Center tiene mi permiso para dejar un mensaje de voz con mi información de salud o mis resultados en mi número de teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Escriba sus iniciales: \_\_\_ SÍ \_\_\_NO

**Formulario de información y consentimiento de HIPAA**

La Ley de responsabilidad y portabilidad del seguro de salud (HIPAA, por sus siglas en inglés) proporciona garantías para proteger su privacidad. La implementación de los requisitos de HIPAA comenzó oficialmente el 14 de abril de 2003. De

qué se trata: Específicamente, existen reglas y restricciones sobre quién puede ver o recibir notificación de su información de salud protegida (PHI). Estas restricciones no incluyen el intercambio normal de información necesaria para brindarle servicios de oficina. HIPAA le brinda ciertos derechos y protecciones a usted como paciente. Balanceamos estas necesidades con nuestro objetivo de brindarle atención y servicio profesional de calidad. Información adicional está disponible en el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov)

Hemos adoptado las siguientes políticas:

1. La información del paciente se mantendrá confidencial, excepto cuando sea necesario para proporcionar servicios o para garantizar que todos los asuntos administrativos relacionados con su atención se manejen de manera adecuada. Esto incluye específicamente el intercambio de información con otros proveedores de atención médica, laboratorios, pagadores de seguros de salud, según sea necesario y apropiado para su atención. Los archivos de pacientes pueden almacenarse en estantes de archivos abiertos y no contendrán ningún código que identifique la condición o información de un paciente que aún no sea un registro público. El curso normal de la prestación de atención significa que dichos registros pueden dejarse, al menos temporalmente, en áreas administrativas como la oficina principal, la sala de examen, etc. Esos registros no estarán disponibles para personas que no sean personal de oficina. Usted acepta los procedimientos normales utilizados dentro de la oficina para el manejo de cuadros, registros de pacientes, PHI y otros documentos o información.
2. Es la política de esta oficina recordar a los pacientes sus citas. Podemos hacerlo por teléfono, correo electrónico, correo postal de los EE. UU. O por cualquier medio conveniente para la práctica y / o según lo solicite usted. Es posible que le enviemos otras comunicaciones que le informen sobre los cambios en la política de la oficina y las nuevas tecnologías que podrían ser valiosas o informativas.
3. La práctica utiliza una serie de proveedores en la conducción de negocios. Estos proveedores pueden tener acceso a la PHI, pero deben aceptar cumplir con las reglas de confidencialidad de HIPAA.
4. Usted comprende y acepta las inspecciones de la oficina y la revisión de documentos que pueden incluir PHI por parte de agencias gubernamentales o pagadores de seguros en el desempeño normal de sus funciones.
5. Acepta presentar cualquier inquietud o queja sobre la privacidad a la atención del gerente de la oficina o del médico.
6. Su información confidencial no se utilizará para fines de marketing o publicidad de productos, bienes o servicios.
7. Estamos de acuerdo en proporcionar a los pacientes acceso a sus registros de acuerdo con las leyes estatales y federales.
8. Podemos cambiar, agregar, eliminar o modificar cualquiera de estas disposiciones para atender mejor las necesidades tanto de la práctica como del paciente.
9. Usted tiene el derecho de solicitar restricciones en el uso de su información de salud protegida y de solicitar cambios en ciertas políticas utilizadas en la oficina con respecto a su PHI. Sin embargo, no estamos obligados a modificar las políticas internas para cumplir con su solicitud.

**Por la presente doy mi consentimiento y reconozco que estoy de acuerdo con los términos establecidos en el FORMULARIO DE INFORMACIÓN HIPAA y cualquier cambio posterior en la política de la oficina. Entiendo que este consentimiento permanecerá vigente a partir de este momento.**

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

**(IMPRIMA NOMBRE)**

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

**(FIRMA)**

**Historial**

**paciente Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| **¿Ha tenido alguna vez?** | No | Sí |  | No | Sí | **¿Estás experimentando?** | No | si |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| hipertensión |  |  | Hepatitis |  |  | Resfriado |  |  |
| Dolor de pecho |  |  | Diabetes |  |  | Fiebre |  |  |
| Ataque al corazón |  |  | Anemia |  |  | Falta de aliento |  |  |
| Latido del corazón irregular |  |  | Gota |  |  | Entumecimiento |  |  |
| Marcapasos |  |  | Enfermedad de tiroides |  |  | Debilidad de la extremidad |  |  |
| Desfibrilador cardiaco |  |  | Flebitis |  |  | Dolor de reposo |  |  |
| Asma |  |  | Accidente cerebro vascular |  |  | Dolor al caminar |  |  |
| EPOC / enfisema |  |  | Cáncer |  |  | ceguera temporal |  |  |
| Apnea del sueño |  |  | Colesterol alto |  |  | Habla confusa |  |  |
| Enfermedad del riñon |  |  | Desmayo / desmayo |  |  |  |  |  |

**Raza: marque un**

|  | indio americano |  | nativo de Alaska nativo |  | asiático |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | afroamericano |  | blanco |  | nativo hawaiano / isleño del Pacífico |
|  | Declinación del informe /no informada |  |  |  |  |

**etnicidad: marque un**

|  | hispano / latino |  | no hispano / latino |  | rechazo del informe /no |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |

**nacionalidadinformada\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declinación del informe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**idioma primario \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ declinación del informe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

| | historia social | actual actual | Pasado | ¿Cuánto? | | --- | --- | --- | --- | | El alcohol |  |  |  | | Uso de Drogas Ilegales |  |  |  |   **Por favor marque la caja correcta**   | Tabaco | Todos los días  Fumador \_\_\_\_\_\_ | Algunos días  Fumador \_\_\_\_\_\_\_ | Antes  Fumaba \_\_\_\_\_\_ | Nunca  Fumo\_\_\_\_\_\_ | | --- | --- | --- | --- | --- |   Firma : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Lista de Medicamentos**  **(que puede proporcionar propia si está disponible)** | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |
| **Nombre del medicamento** | **Fuerza** | **Frecuencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Cirugías y Fecha:** | **Altura:** | **Alergias:** |
|  | **Peso:** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |