



# Vein Center Houston

## Medical and Cosmetic Specialists

### Información de Pacientes Nuevos

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Cell #: \_\_\_\_\_

Como escucho acerca de VCH?

Su Medico

Publicidad

TV

Website

Cartel

Otra Forma

### Información del Paciente:

Apellido:		Nombre:		Inicial:	
Fecha de Nacimiento:			Medico que le refiero y Dirección:		
Seguro Social:					
Dirección:				Sexo: Hombre                      Mujer	
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	Estado Civil:
Nombre y Dirección del Empleado:					
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Contacto de Emergencia y Numero de Teléfono	

### Información del Seguro:

Campania:		Numero de la Póliza:		Numero del Grupo:	
Dirección del Seguro:		Ciudad:	Estado:		Código postal:
Relación con el Asegurado:			Teléfono del Seguro:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:

### El Asegurado:

Apellido de Asegurado:		Nombre:		Inicial:	
Seguro Social:			Fecha de Nacimiento:		
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Nombre del Empleador:		Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de Casa:			Teléfono de Empleador:		

**LOS SERVICIOS DEBEN ESTAR PAGADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA Y NO SON REEMBOLSABLE**

X

Firma del Paciente o su Representante

Fecha

X

Firma del Asegurado

Fecha



# Vein Center Houston

Medical and Cosmetic Specialists

¡Bienvenido a Vein Center Houston! Esta oficina está comprometida con usted y su bienestar.

## Información sobre el seguro y el pago

Este pago de las solicitudes de oficina en los servicios de tiempo se procesa. Esto incluye seguros deducibles y co-pagos. Las compañías de seguros de vez en cuando aplicarán servicios de visitas al consultorio hacia un deducible del año calendario. Por favor esté preparado para pagar hoy. Si tiene alguna pregunta acerca de sus beneficios de seguro, póngase en contacto con su compañía de seguros. Si tienes una HMO o la posición política y requiere referencia por favor asegúrese de que nuestra oficina tiene esto en el archivo, de lo contrario, el pago total se deberá de TI hoy. Por favor asegúrese de que su cuenta es correcta antes de programar su próxima cita. Esta Oficina acepta dinero en efectivo, cheques, y las de las siguientes tarjetas de crédito: Visa, MasterCard, American Express, Discover, Cash-App (\$veincenterhouston) y Pay-pal <https://www.paypal.me/veincenterhouston>

## Servicios de pacientes

Hacemos nuestro mejor esfuerzo para programar de una manera para minimizar la espera. Ocasionalmente, las emergencias ocurren, lo que es difícil para nosotros nos vemos a la hora de la cita. Tenga la seguridad que esta oficina se dedica a servirle a usted tan pronto como sea posible. Si llega 15 minutos tarde nos podemos reprogramar su cita para evitar demorar otros nombramientos.

**Nota:** Esta oficina reserva el derecho de cobrar una tarifa de \$75.00 para citas canceladas/\$ 250.00 para cirugías canceladas sin un aviso de 24 horas. Además, por favor asegúrese de avisar a nuestra oficina si su información ha cambiado recientemente. Esto incluye información personal y seguro. Esto nos ayuda a estar en contacto con usted y asegura que su indemnización se procesa con precisión.

Gracias por elegir nuestra oficina para sus necesidades médicas.

He leído y completamente entiendo las políticas de esta oficina y acepta los términos.

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



# Vein Center Houston

Medical and Cosmetic Specialists

## Autorización y consentimiento para facturación

Empleador suscriptor: empleador teléfono #: \_\_\_\_\_

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

### ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

yo por la presente autorizo y solicito mi seguro pagar al Doctor la cantidad debida en mi reclamación por los servicios prestados a mis dependientes o me. Además acepto que debe la cantidad suficiente para cubrir los gastos médicos y quirúrgicos todos, seré responsable del pago de la diferencia; y si la naturaleza de la discapacidad era tales que no está cubierto por la póliza, será responsable del pago de la cuenta toda. Además, "le pido que pago de beneficios de Medicare autorizados hacerse a mí o a mi nombre al Dr. Mario Kapusta por los servicios a mí ese médico. Yo autorizo cualquier soporte de información médica sobre me a cualquier información necesaria para determinar los beneficios o las prestaciones previstas para los servicios relacionados a la administración de financiamiento de salud (HCFA) y sus agentes." **Iniciales**

### Acuerdo financiero / autorización de facturación

1. **Todos los servicios deben ser pagados en el momento del servicio.** Miembros de HMO, PPO y Managed Care son facturables sólo si estamos contratados al transportista en el momento de servicios son prestados y tienen una autorización válida. **Todos y THERAPUTIC procedimientos de diagnóstico que se clasifican como cosmético son pagaderos en los servicios de tiempo son prestados.**
2. En la consideración de los servicios a ser prestados a me / paciente, **yo por la presente me obliga a individualmente / garante a pagar la cuenta de la vena centro HOUSTON en acuerdo con las tasas y términos para el centro médico.** Debe referir la cuenta a una agencia fiscal o colección para colección, debo pagar razonables de abogados y gastos de la colección. Todas las cuentas morosas que se refiere a un abogado o agencia de cobranza devengarán intereses a la tasa legal.
3. Por la presente autorizo el pago directo a la **Vena CENTER HOUSTON** o médico de cualquier seguro beneficia a pagar a mí por sus servicios prestados a mí a una velocidad no debe exceder los gastos regulares de la **VEIN CENTER HOUSTON/Doctor.**
4. Certifico que soy el paciente o estoy debidamente autorizado por el paciente y/o el garante para ejecutar este documento y aceptar su undécima
5. Si mi seguro es Medicare, certifico que la información que me está aplicando para pago bajo el título XVIII de la ley de administración de la Seguridad Social es correcto.
6. doy **Vein CENTER HOUSTON** el derecho de apelar cualquier reclamación no procesadas correctamente en mi nombre.

Por la presente autorizo la **Vena CENTER HOUSTON** o agregado a actuar como un agente en la facturación de cualquier seguro de salud que cubre los servicios prestados por el médico o Medicare y/o **vena CENTER HOUSTON.**

HIPAA reconocimiento de revisión del aviso de prácticas de privacidad: he revisado aviso de prácticas de la oficina, este de privacidad, que explica cómo mi información médica a utilizarse y divulgarse. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

**Iniciales**

**SERVICIOS PRESTADOS DEBEN SER PAGADAS A TIEMPO DE VISITA Y NO REEMBOLSABLE**

**X**

Firma del Paciente/Garante: \_\_\_\_\_

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

**Imprime Nombre:** \_\_\_\_\_ **Relación de** (Si no paciente): \_\_\_\_\_



# Vein Center Houston

Medical and Cosmetic Specialists

## Consentimiento de Telemedicina

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

La telemedicina implica el uso de comunicaciones electrónicas para permitir que los proveedores de atención médica en diferentes lugares compartan información médica individual del paciente con el fin de mejorar la atención al paciente. Los proveedores pueden incluir profesionales de atención primaria, especialistas y/o subespecialistas. La información puede ser utilizada para el diagnóstico, la terapia, el seguimiento y/o la educación, y puede incluir cualquiera de los siguientes: Registros médicos de los pacientes ? Imágenes médicas ? Audio y vídeo bidireccionales en vivo ? Datos de salida de dispositivos médicos y archivos de sonido y vídeo. Los sistemas electrónicos utilizados incorporarán protocolos de seguridad de red y software para proteger la confidencialidad de cada identificación del paciente y los datos de imagen.

### Posibles riesgos:

- En raras ocasiones, la información transmitida puede no ser suficiente (por ejemplo, una mala resolución de las imágenes) para permitir la toma de decisiones médicas apropiadas por parte del médico y del consultor;
- Podrían producirse retrasos en la evaluación y el tratamiento médicos debido a deficiencias o fallas en el equipo;
- En muy raras ocasiones, los protocolos de seguridad podrían fallar, causando una violación de la privacidad de la información médica personal;

### Al firmar este formulario, entiendo lo siguiente:

1. Entiendo que las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la información médica también se aplican a la telemedicina, y que ninguna información obtenida en el uso de la telemedicina que me identifique será revelada a entidades sin mi consentimiento.
2. Entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para el uso de la telemedicina en el curso de mi cuidado en cualquier momento, sin afectar mi derecho a la atención o tratamiento futuro.
3. Entiendo que tengo el derecho de inspeccionar toda la información obtenida en el curso de una interacción de telemedicina, y puedo recibir copias de esta información por una tarifa razonable de \$35.00.
4. Entiendo que la telemedicina puede implicar la comunicación electrónica de mi información médica personal a otros médicos que pueden estar ubicados en otras áreas, incluso fuera del estado.
5. Entiendo y autorizo el pago directo a **VEIN CENTER HOUSTON** y/o al Médico de cualquier beneficio de seguro que de otro modo me pague por sus servicios prestados a una tarifa que no exceda los cargos regulares del **CENTRO VEIN HOUSTON/Médico** por la atención de telemedicina.
6. Entiendo que puedo esperar los beneficios previstos del uso de la telemedicina a mi cuidado, pero que no se pueden garantizar ni garantizar resultados.
7. Entiendo que si no mantengo mi cita de telemedicina o llego más de 15 minutos tarde, resultará en una tarifa de no presentarse de \$75.00.

### Consentimiento del paciente para el uso de la telemedicina

He leído y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la telemedicina, la he discutido con mi médico o asistentes según lo designado, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfacción. Por la presente doy mi consentimiento informado para el uso de la telemedicina en mi atención médica. Por la presente autorizo a **VEIN CENTER HOUSTON** a utilizar la telemedicina en el curso de mi diagnóstico y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma del paciente/padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Testigo/Oficina Fecha de firma del personal



# Vein Center Houston

Medical and Cosmetic Specialists

CONSENTIMIENTO de HIPAA

## Registro del Paciente de la Información Divulgada

En general, la regla de privacidad HIPAA da a los individuos el derecho a solicitar una restricción en los usos y divulgaciones de su información de salud protegida (PHI). Al individuo también se proporciona el derecho a solicitar comunicaciones confidenciales o que una comunicación de PHI se haga por medios alternativos, tales como el envío de correspondencia a la oficina del individuo en vez de su casa.

### Deseo ser contactado de la siguiente manera (marque todo lo que corresponda):

- Teléfono de Casa \_\_\_\_\_
- Se puede dejar mensajes con los detalles
- Dejar un mensaje con solo el numero para regresar la llamada
- Comunicación Escrita
- Se puede enviar correo a mi dirección de mi casa
- Se puede enviar correo a mi dirección de mi trabajo
- Se puede enviar por fax a este numero \_\_\_\_\_
- Teléfono de Trabajo
- Se puede dejar mensajes con los detalles
- Dejar un mensaje con solo el numero para regresar la llamada
- Le doy autorización a VCH para dejar un mensaje en mi ausencia con \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (indicar la relación al paciente) para la materia en relación con:
  - mis recordatorios de citas
  - mi cuenta, como la facturación y la cantidad debida.
  - mis Tratamientos/Resultas de prueba

Nombre del Paciente (imprime)

Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente

Fecha

La Regla de Privacidad generalmente requiere que los proveedores de atención médica para tomen las medidas razonables para limitar el uso o divulgación de, y las solicitudes de PHI al mínimo necesario para lograr el propósito deseado. Estas disposiciones no se aplican a los usos o revelaciones hechas en virtud de una autorización solicitada por el individuo. Entidades de salud deberán llevar un registro de las divulgaciones de PHI. La información proporcionada a continuación, si se completa correctamente, constituirá un registró adecuado

**Nota:** Los usos y revelaciones de los Registros de tratamiento, información de pago y operaciones de atención médica puede ser permitido sin el consentimiento previo en caso de emergencia.

### Registro de Divulgaciones de Información Médica Protegida

Fecha	Se da a Conocer a Quienes Dirección o número de Fax	(1)	Descripción de Divulgación / Propósito de la Revelación	Por quién da a conocer	(2)	(3)

- (1) Check this box if the disclosure is authorized
- (2) Type key: T=Treatment Records; P=Payment Information; O=Healthcare Operations
- (3) Enter How disclosure was made: F=Fax; P=Phone; E=Email; M=Mail; O=Other



# *Vein Center Houston*

Medical and Cosmetic Specialists

## **Consentimiento para fotografía**

Yo, \_\_\_\_\_, autorizo Dr. Mario O. Kapusta/y personal para fotografiar mis piernas mientras estoy bajo su cuidado. Estoy de acuerdo que él puede usar o permitir que otras personas negativas o impresiones preparados para efectos del seguro. Dr. Mario O. Kapusta puede utilizar las imágenes para su publicación en la literatura médica o educación (sin la identificación de la paciente.)

\_\_\_\_\_  
Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Vein Center Houston

Medical and Cosmetic Specialists

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

**Si usted experimenta cualquiera de los siguientes en los últimos 6 meses: verifica si sí SIGUIENTES:**

- \_\_\_\_\_ Dolor de pierna
- \_\_\_\_\_ Calor al tacto
- \_\_\_\_\_ Debilidad
- \_\_\_\_\_ Entumecimiento
- \_\_\_\_\_ Moretones
- \_\_\_\_\_ Hinchazón del tobillo
- \_\_\_\_\_ Sensación de ardor
- \_\_\_\_\_ Pesadez
- \_\_\_\_\_ Úlcera de la pierna
- \_\_\_\_\_ **¿Afecta sus actividades diarias?**

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**TIENE usted trató de cualquiera de los Siguietes para alivio en los últimos 6 meses: verifica si**

- \_\_\_\_\_ Elevación
- \_\_\_\_\_ Medias de compresión
- \_\_\_\_\_ Sobre los mostradores analgésicos (Tylenol/Advil/Alieve)
- \_\_\_\_\_ ¿Cuántas veces en un mes?

**Otras medicaciones actuales:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Alérgico a algún medicamento:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VENA pasado historia - Compruebe si**

- \_\_\_\_\_ TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA
- \_\_\_\_\_ Flebitis
- \_\_\_\_\_ Sangrado de las venas
- \_\_\_\_\_ Escleroterapia (inyecciones)
- \_\_\_\_\_ Venografía/ecografía (ultrasonido)
- \_\_\_\_\_ VIH/SIDA, Hepatitis
- \_\_\_\_\_ Trastorno de la coagulación
- \_\_\_\_\_ Cirugía anterior de la vena (año) \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ **Antecedentes familiares** de varices

**HISTORIA CLÍNICA SI USTED TIENE CUALQUIERA DE LOS**

- Verifica si sí**
- \_\_\_\_\_ Hipertensión arterial embarazo (indicar número)
  - \_\_\_\_\_ Diabetes
  - \_\_\_\_\_ Convulsiones o convulsión desmayo o mareos
  - \_\_\_\_\_ Accidente cerebro vascular
  - \_\_\_\_\_ Ataque de nervios
  - \_\_\_\_\_ Infección frecuente de los furúnculos
  - \_\_\_\_\_ Sangrado anormal o prolongado
  - \_\_\_\_\_ Piel difícil curación o cicatrización anormal
  - \_\_\_\_\_ Problemas respiratorios (cualquier tipo)
  - \_\_\_\_\_ Asma
  - \_\_\_\_\_ Enfermedad autoinmune (por ejemplo, lupus)
  - \_\_\_\_\_ Artritis severa
  - \_\_\_\_\_ Aumento de peso

**Otros antecedentes no mencionados:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**CIRUGÍAS:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Hacer usted tomar cualquier de lo siguiente:**

- \_\_\_\_\_ Diluyentes de la sangre
- \_\_\_\_\_ Medicamentos para la artritis
- \_\_\_\_\_ Aspirina

**Facílitenos su número de teléfono de la farmacia:**

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