



Centro I-Vascular Paquete de Inscripción para Nuevos Pacientes

DATOS DEMOGRÁFICOS PRIMARIOS

Nombre de Paciente: _____ Alergias: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ NSS: _____

Circula uno: Masculino/Femenino

Teléfonos: Casa: _____ Celular: _____

Trabajo: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Nuestro Médico

Anwar Gerges, M.D.

Nuestra Ubicación

Centro I-Vascular

19234 Stone Hue
San Antonio, Texas 78258
Teléfono (210) 481-9544
Fax (210) 481-9545

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del Contacto: _____

Teléfono: _____

Nombre del Contacto: _____

Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE LA FARMACIA

Nombre de la Farmacia: _____

Ubicación: _____

Teléfono: _____

Fax: _____

INFORMACIÓN DEL MEDICO MANDANDO

Nombre: _____ Teléfono: _____

Fax: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Razón por que te mandan:

INFORMACION DE SEGURANZA

NOMBRE DE LA SEGURANZA PRIMARIA _____

DE TELEFONO _____

NUMERO DE POLIZA _____

ASEGURANZA SECUNDARIO

DE TELEFONO _____

NUMERO DE POLIZA _____

HISTORIA DE SALUD

ALTURA: _____ PESO: _____

ENFERMEDADES CONTAGIOSAS: Sarampión Paperas Rubeola
 Varicela/Culebrilla Fiebre Reumática Polio Otro: _____INMUNIZACIONES: Tétanos Pulmonía Hepatitis A/B Varicela
 Influenza MMR Otro: _____

Eres alérgica a algún medicamento? Si o No? Reacción?

TIENE ALGÚN PROBLEMA CON LO SIGUIENTE? Piel Enfermedad de tiroides Livianos Diabetes Alta Presión Sanguínea
 Dolor de Pecho Soplo Cardíaco Ataque al Corazón Infecciones de la
Vejiga/Riñón o Orina Intestinos/Vesícula biliar Hinchazon Carrera Cancer
 Arteritis Capacidad de dormir Exposición a la tuberculosis Prueba cutánea
positiva para TB Malaria Tifoideo Otro dolor o molestia: _____

LISTA TODAS LAS HOSPITALIZACIONES INCLUYENDO EL NACIMIENTO/CIRUGIAS :

YEAR REASON HOSPITAL

SALUD INFORMACIÓN PERSONAL (CONTINUADO)

¿Has tenido alguna vez una transfusión de sangre? Sí No

Razón: _____

DIRECCION DE SALUD

¿Tienes un directivo avanzado para médicos (testamento vital)? Sí No

Si tienes uno, por favor proporciona una copia para nuestros archivos.

¿Tienes un poder notarial duradero para el cuidado de la salud? Sí No

Si tienes uno, por favor proporciona una copia para nuestros archivos

HISTORIAL MEDICO FAMILIAR

Miembro De Familia Edad Edad de la muerte Problemas Medicos

FATHER:

MOTHER:

BROTHER/SISTERS

M or F

M or F

M or F

M or F

M or F

LISTA DE SU MEDICACION: (Enumere todos los medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, vitaminas y los inhaladores que estás tomando ahora)

MEDICACION	DOSIS	FRECUENCIA
-------------------	--------------	-------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

SALUD MENTAL

Has estado en una psiquiatra? Si No

Has sido tratado por depresión? Bipolar o Esquizofrenia? Si No

Tiene problemas para dormir? Si No

SOLO PARA MUJER

Numero de Embarazos? _____ Cantidad de nacimientos vivos? _____

Has tenido un D & C, Histerectomia o Cesarea?

Si No

Has tenido cualquier tracto urinario, vejiga o infecciones renales en el ultimo ano?

Si No

Cualquier mancha en la orina? Tiene cualquier problema con el control de la micción?

Si No

Ha experimentado sensibilidad o bultos recientes en su pecho?

Si No

Fecha de la ultima prueba de Papanicolaou? _____

Fecha de ultima mamografía? _____

SOLO HOMBRES

Se levanta a orinar durante la noche? Si No

Si en caso afirmativo cuantas veces? _____

Siente dolor o ardor al orinar? Si No

Experiencia sangre en su orina? Si No

Ha tenido alguna infección de riñón, vejiga o próstata en el ultimo ano? Si No

Tiene problemas para vaciar su vejiga? Si No

Fecha del ultimo examen de próstata y rectal? _____

HABITOS DE SALUD Y HABITOS PERSONALES

ALCOHOL: Bebes alcohol? Si No

En caso afirmativo, fecha del último trago? _____

Que Tipo? _____ Cuantos por día? _____ Cuantos anos? _____

Alguna vez has tenido apagones? Si No

Has asistido a rehabilitación? Si No

TABACO: Utilizas actualmente tabaco? Si No

Fecha de último uso? _____

Cigarrillos- #Paquetes por dia? _____ Masticar? # al día? _____

Tubería por día? # Al día? _____ Cigarros por día? #

Usaste tabacco anterior? Si No

TATUAJES: Tienes Tatuajes? Si No

Son profesionales o caseros? _____

DROGAS ILEGALES: Alguna vez has usado drogas ilegales? Si No

Usas alguna droga ilegal? Si No

Fecha de último uso? _____

Has utilizado agujas afiladas? Si No

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Autorizo y dirijo al Dr. Anwar Gerges y / u otro Allied Health Care Professionals para llevar a cabo pruebas diagnósticas y evaluaciones, considerados necesarios medicamente, en mi persona. Entiendo que cualquier pruebas hechas y / o tratamiento dado serán explicados antes del rendimiento de los exámenes, y que yo puedo hacer preguntas acerca de tal pruebas.

FIRMA DEL TITULAR DE POLIZA

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Por lo presente, yo autorizo el pago directo a I-Vascular Center todos los pagos o reembolsos debidos de los beneficios del seguro individual o de grupo normalmente pagado a mí. También entiendo que soy financieramente responsable a I-Vascular Center para los cargos no cubierto por el asignación de beneficios y el 20% de los cargos permitidos no cubierto por Medicare.

Todos los servicios profesionales prestados son cargados al paciente. Formas necesarias serán completadas para ayudar a acelerar el pago del seguro. Sin embargo, el paciente esta responsable por todos los cargos a pesar que tengan cobertura por seguros. También es costumbre pagar por servicios prestados si otros arreglos no han sido hechos avanzadamente con la oficina de negocios.

FIRMA DEL TITULAR DE POLIZA

AUTORIZACION PARA DIVULGAR INFORMACION

Yo autorizo a I-Vascular Center a divulgar cualquier información pedido por mi seguro o representativos.

FIRMA DEL TITULAR DE POLIZA

RECONOCIMIENTO DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Yo he recibido el Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad y he sido dado tiempo para revisarlas. Ello explica como mi información médica será usada y revelada y como puedo obtener acceso a mi información médica. Entendí que puedo tener una copia del Reconocimiento. También entiendo que, de vez en cuando, el Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad y Póliza de Bandera Roja pueden ser cambiadas. Si quiero el Reconocimiento de las Prácticas de Privacidad y Póliza de Bandera Roja cambiada, yo sé que tendré que pedirla.

También he leído y entiendo la Póliza de Bandera Roja y estoy de acuerdo proporcionar la documentación de mi identidad solicitada. También entiendo que si no tengo documentación de mi identidad, entiendo que servicios serán negados hasta que tal documentación sea proporcionada.

Usted está de acuerdo con permitirnos acceso a su información medical para usarlo para una Investigación que estamos llevando de a cabo, si eres elegible para tal investigación, estás de acuerdo que comuniquemos con usted.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

Autorización Para La Liberación De Los Registros Médicos

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de Seguro Social:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____

Teléfono: _____

Doy mi consentimiento para liberar mi registro médico de:

Nombre: _____

Tel: _____

Fax: _____

**A:
I-Vascular Center
19234 Stone Hue
San Antonio, TX 78258-3478
Telephone: (210) 481-9544
Fax: (210) 481-9545**

Por favor envíe mi registro médico no más tarde que:

Por favor libere una copia de todos mi registros médicos, incluyendo pero no limitado a, notas de progreso, notas operativas, resultados del laboratorio y pruebas diagnósticas.

**CON MI FIRMA YO AUTORIZO LA LIBERACION DE MI
REGISTRO MEDICO**

PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

POLIZA FINANCIERA I-VASCULAR CENTER

Estamos comprometidos a proporcionar el mejor cuidado médico. Nuestro personal estará encantado de discutir nuestros honorarios y esta póliza en cualquier momento. Con su clara comprensión de la póliza financiera, se mejorará nuestra relación profesional. Gracias por su revisión y aceptación de esta póliza.

- Todos los pacientes nuevos deben completar nuestro paquete de información del paciente antes de ver al doctor.
- El pago completo de nuestros servicios es debido al tiempo de servicio, a menos que otros arreglos mutuales estén hechos con nuestro personal de oficina.
- **Seguros**
Usted es responsable por el pago oportuno de su cuenta. El seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. No somos parte de este contrato, ni podemos participar en las disputas entre usted y su compañía de seguros con respecto a los deducibles, copagos, cargos cubiertos, seguros secundarios, cargos "normales y habituales", etc.
No podemos ser responsables para conocer todos los planes y todos los pagos que se realizarán. Hay algunos procedimientos en nuestras oficinas que no son procedimientos quirúrgicos, pero estamos obligados a informar el procedimiento bajo un código de seguro de que su compañía de seguros puede clasificar como cirugía por las guías de seguros. Si estos procedimientos van hacia su deducible, se le facturará por los cargos. Nuestra participación se limitará al suministro de información objetiva para facilitar el procesamiento de reclamaciones.
- **HMO y PPO**
Los copagos deberán hacerse en el momento de su visita, así como deducibles, cuando sea aplicable.
- **Medicare**
Somos proveedores participantes de Medicare, así aceptamos asignación en sus reclamos. Estamos obligados por Medicare a presentar sus reclamos por usted. Medicare a pagarnos directamente y proporcionar una explicación de beneficios (EOB) detallando los márgenes, los pagos o las negaciones.
- **Seguros a Terceros (no HMO/PPO) o Complementaria (secundaria)**
Nosotros no presentaremos reclamos a las empresas a las cuales no somos los proveedores o con que Medicare no coordina beneficios. Te proporcionaremos la información que necesitas para presentar su reclamo de primaria o secundaria.

Yo he leído y acepto la Póliza Financiera de **I-Vascular Center**.

Firma de persona responsable

Fecha

Nombre Escrita

Número de Seguro Social

I-Vascular Center
Póliza de Faltar, Llegar Tarde o Cancelar Su Cita

Nos esforzamos por proporcionar a nuestros pacientes atención médica excepcional y hacemos todos los esfuerzos para satisfacer las necesidades de planeación de nuestros pacientes. Los pacientes que: (i) no aparece para citas, (ii) llegan tarde a las citas, o (iii) cancelar las citas sin proporcionar al menos **veinticuatro horas** de aviso avanzado incomodan a otros pacientes que necesitan acceso oportuno a la atención médica. Nos gustaría recordar a nuestros pacientes de nuestra póliza con respecto a las citas faltadas, tardes y canceladas.

Si un paciente es incapaz de mantener su cita, por favor notifíquenos al menos **veinticuatro horas** antes de la cita llamando al **(210) 481-9544**. Los pacientes que no llegan a un miembro de nuestro personal deben dejar un mensaje de voz detallado en nuestro contestador automático o con nuestro servicio de contestador y un miembro de nuestro personal volverá la llamada de cada paciente lo antes posible o por correo electrónico para hacer otra cita.

Falta de Llegar: Citas no atendidas: una "falta de llegar" se define como un paciente que no se presenta para su cita sin llamar para cancelar su cita.

Cancelaciones de última hora: Se considera que un paciente ha cancelado tarde si cancela su cita con menos de **veinticuatro horas** de avance o aviso de correo electrónico.

Llegada Tarde: Se considera que un paciente ha llegado tarde a su cita si tal paciente no ha llegado en el momento de la cita programada, **a pesar que hayan llamado con anticipación para notificarnos que él o ella podrían estar tarde.**

Nos reservamos el derecho de discontinuar proporcionando cuidado a pacientes que pierda **dos** o más citas o que cancela tarde **dos** o más citas proporcionando menos de **veinticuatro** horas de aviso. Habrá un recargo \$35,00 de cancelación, así como un cargo de \$35,00 por No Llegar. También nos reservamos el derecho de discontinuar proporcionando cuidado a los pacientes que llegan tarde **tres** o más citas. Esta póliza es aplicable a todos nuestros pacientes, sin importar raza, religión, color, sexo, edad, discapacidad, origen nacional, orientación sexual, estructura genética o cualquier otra base o clase protegido cubierto por la ley federal, estatal o local.

\28911522.2