

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



PATIENT REGISTRATION FORM

Nombre legal del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Estado Civil (circle): Soltero(a) / Casado(a) / Divorciado(a) / Separado(a) / Viudo(a)

¿Quién vive en casa con usted? _____

Dirección _____ **Teléfono** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Zip:** _____

Ocupación: _____ **Empleador, teléfono del trabajo:** _____

Diagnóstico Médico: _____

Medicamentos recetados: _____

Hospitalizaciones/Cirugías pasadas: _____

Alergias a medicamentos: _____

Fuma Ud.? NO Sí Paquetes por día: _____

Bebe Ud.? NO Sí Bebidas por semana: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Las Cruces Surgeons Group

Medical History: favor de verificar condiciones que son problemas Significativas para Ud.

General	Sí	Cardiovascular	Sí	Genitourinario	Sí
Fiebre o escalofríos		Dolor de pecho con actividad		Ardor o dolor al urinar	
Cambio de peso reciente		El corazón salta latidos		Miccrón frecuente	
Fatiga		El corazón late demasiado rápido		Sangre en la orina	
Intolerancia al calor o al frío		Desmayando hechizos		Infecciones de la vejiga	
Cabeza o cuello	Sí	Alta presión sanguínea		Incontinencia o goteo	
Hinchazón en el cuello		Soplo cardíaco		Calculos renales	
Ronquera prolongara		Válvula del corazón malo		Cambio en la corriente	
Dolor o rigidez en el cuello		Fiebre reumática		Menstruaciones irregulares	
Piel	Sí	Hinchazón de pies o tobillos		Gastrointestinal	Sí
Salpullido, sequedad, picazón		Dificultad para respirar en reposo		Sangrado rectal	
Cambio de las uñas o el color de la piel		Dificultad para respirar con el ejercicio		Sangre en las heces	
		Falta de aliento acostado		Pérdida de apetito	
Sangrado, tendencias a los moretones		Pulmones	Sí	Acidez estomacal o indigestión	
Ojos	Sí	Tos		Dolor abdominal crónico	
Anteojos o contactos		Tos con esputo o sangre		Constipación crónica	
Vision doble o defectuosa		Sibilancias		Heces negras o alquitranadas	
Ojos secos		Musculoeskuelético	Sí	Diarrea frecuente	
Dolor o sensibilidad a la luz		Articulaciones hinchados o rojas		Dificultad para tragar	
Oídos, Nariz, Boca	Sí	Debilidad en el brazo o la pierna		Náuseas o vómitos	
Pérdida del olfato		Calambres en las piernas		Vómitos de sangre	
Hemorragia nasal				Endocrina	Sí
Problemas de sinusitis		Neurológica	Sí	Sudores nocturnos	
Nariz que moquea		Aturdimiento o mareos		Sed excesiva	
Goteo postnasal		Trastarnos del habla		Psiquiátrica	Sí
Dolor de oído o drenaje		Convulsiones		Depresión	
Pérdida de la audición		Entumecimientos o hormigeos		Ansiedad	
Zumbido en los oídos		Dolores de cabeza frecuentes		Ataque de nervios	
Dentura postiza		Pérdida de memoria		Problemas con el alcohol	
Llagas en la boca		Parálisis o debilidad		Abuso físico, verbal, sexual	
		Trastornos del sueño		Problemas de drogas	

Pasado e historia familiar: favor de verificar si Ud. o su familia han tenido lo siguiente:

	Ud.	Fam.		Ud.	Fam.		Ud.	Fam.
Hipertensión			Depresión			Artritis reumatoide		
Enfermedad del Corazón			Trastorno de Sangre			Enfermedad de tiroides		
Úlceras estomacales			Tuberculosis			Fiebre rheumática		
Convulsiones/epilepsia			Coagulos de sangre			Enfermedad hepatica/ hepatitis		
Diabetes			Intestino Irritable			Problemas respiratorias		
Cancer			Lupus			Problemas escuchando		
Enfermedad Renal			Carrera (Stroke)			Problemos de la vista		
Colitis Ulcerosa			Ictericia			Glaucoma		
Otro			Otro					

Tipo de CANCER: _____

Firma: _____

Fecha _____

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor proporcione tarjeta de seguro y DNI

Persona responsable de las facturas:	Fecha de Nacimiento:	Dirección (si es diferente):
Seguro Primario:	Nombre de Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Suscriptor DOB:
Relación del paciente con el suscriptor: Sí Mismo/ Esposo/ Hijo/ Otro	Está este paciente cubierto por el seguro? Sí / NO	Copago:
Seguro Secundario:	Nombre del Suscriptor:	Seguro Social del Suscriptor:
Número de Póliza:	Número de Grupo:	Suscriptor DOB:

EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre del amigo o pariente local:	Relación con el paciente:	Teléfono de contacto de emergencia:
---	----------------------------------	--

POR FAVOR, LEA Y FIRME

La información anterior es fiel a mi leal saber y entender. Autorizo mis beneficios de seguro a pagar directamente al Dr. Paul Cooney. Entiendo que soy financieramente responsable para cualquier saldo. También autorizo Vein and Skin Treatment Center o compañía para divulgar cualquier información requerido para procesar mis reclamos.

Firma del Paciente/Guardían

Fecha

Las Cruces Surgeons Group

925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001

575-523-6330

Nombre: _____ DOB: _____

Cuál es su razón para visitar al médico hoy?

Por favor, circule o llene los espacios en blanco:

Localización:

Dónde está el problema? Hemorroides Nudo Piel Pecho Masa Piernas Venas

Otro: _____

Duración:

Cuánto tiempo ha estado el problema allí?

____ Días ____ Semanas ____ Meses ____ Años

Severidad:

LEVE

MODERADO

SEVERO

En una escala de 1 - 10, 10 siendo el número más alto, cómo consideras tu dolor?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Calidad:

Describe la calidad de tus síntomas: Fuerte Ligero Ardor Punzante

Contexto:

Cómo empezaron los síntomas? Gradualmente Con el tiempo De repente

Factores de modificación:

Qué es lo que hace sentirse mejor? Medicamento Compresas de calor

Compresas de hielo Descanso Elevación Compresión

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



Síntomas Asociados:

Tiene algún otro síntoma asociado con su problema?

Cómo te enteraste de nosotros? _____

Toma algún anticoagulante? (Coumadin, Eliquis, Plavix, etc.) _____

Historia de las venas

Cual es la razón por que está buscando tratamiento? _____

Alguna vez ha usado medias de compresión? _____

Alguna vez ha tenido un coágulo de sangre? _____

En caso afirmativo, describa cuándo y dónde:

Experimenta alguno de estos síntomas en las piernas? (Circule)

Dolor/Dolor continuo	Calambres en las piernas	Úlceras	Hemorragia	
Pesadez	Cansancio	Palpitante	Piernas inquietas	Picazón
Ardiendo	Decoloración	Hinchazón		

Están los Síntomas en la: **Derecha** **Izquierda** **Ambas Piernas?**

Tienes problemas para caminar? **SÍ** **No**

Por favor, explique: _____

Sus síntomas empeoran al final del día? **SÍ** **No**

Sus síntomas en las piernas interfieren con su trabajo o su vida? **SÍ** **No**

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



Acuerdo de Responsabilidad Financiera del Paciente

Yo, _____, he retenido el Grupo de Cirujanos de las Cruces, LLC, Grupo de Cirujanos de Lone Star, LLC, Vein & Skin Treatment Center para proporcionar varios servicios médicos y quirúrgicos a mí mismo. Entiendo que la oficina facturará a mi compañía de seguros, obtendrá autorizaciones previas y me facturará por todos los cargos incurridos.

También entiendo que cuando una compañía de seguros autoriza un procedimiento o le informa que no se le requiere obtener autorización, todavía no hay garantía para el pago de la compañía de seguros.

Entiendo que soy completamente responsable de los servicios prestados. También que una vez que la oficina ha agotado todos sus esfuerzos para recaudar fondos de la compañía de seguros que voy a recibir una factura. Esta factura reflejará los servicios y las fechas prestados.

Al firmar este formulario, declaré que he sido informado de que proporcionar una tarjeta de seguro en el momento del servicio no es una garantía de que mi seguro cubrirá los servicios. También estoy diciendo que soy consciente de que podría ser responsable de la cantidad total de la factura. Además entiendo, no hay reembolsos por los servicios médicos y quirúrgicos prestados.

Nombre impreso: _____

Fecha _____

Firma: _____



AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD RECONOCIMIENTO

Entiendo que bajo la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPPA), tengo ciertos derechos a la privacidad con respeto a mi información médica protegida. Entiendo que esta información puede y será usada para:

- Conducir, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en ese tratamiento directa o indirectamente.
- Obtener el pago de terceros pagadores.
- Realizar operaciones normales de atención médica, tales como evaluaciones de calidad y certificaciones médicas.

He recibido, leído y entiendo su Notificación de Prácticas de Privacidad que contiene una descripción más completa de los usos y revelaciones de mi información de salud. Entiendo que esta organización tiene el derecho de cambiar su Notificación de Prácticas de Privacidad de vez en cuando y que puedo contactar esta organización en cualquier momento en la dirección listada arriba para obtener una copia actual de la Notificación de Prácticas Privadas.

Entiendo que quedo solicitador por escrito que restrinja cómo se utiliza o divulga mi información privada para llevar a cabo el tratamiento, el pago de las operaciones de atención médica. También entiendo que usted no está obligado a aceptar las restricciones solicitadas, pero si usted está de acuerdo, entonces usted está obligado a cumplir con dichas restricciones.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Declaración de Divulgación

La relación médico-paciente es de confianza. Es vital que todos los pacientes divulguen toda su historia médica. Esto incluye todas y cada una de las cirugías, incluyendo procedimientos cosméticos. La divulgación de toda su historia médica se hace para permitirnos tomar una decisión más adecuada con respeto a su tratamiento. Al no revelar todas las cirugías anteriores, existen muchos riesgos potenciales incluyendo, pero no limitado a, TVP (trombosis venosa profunda), sangrado, infección y muerte.

Es pertinente para su salud que su historial médico entero se divulgue antes de ver al médico. Por favor recuerde que cualquier información obtenida por esta oficina será mantenida confidencial y será liberada solamente después de obtener su permiso por escrito.

He leído y entiendo la Declaración de Divulgación y he revelado completamente mi historia médica / quirúrgica.

Nombre impreso: _____

Fecha de firma: _____

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



Nombre de Paciente _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

(letra normal)

Yo doy consentimiento para que me tomen fotografías mías o de mi hijo/a (persona por la cual soy guardian legal). Yo entiendo que estas fotografías son unicamente usadas para record médico. Al dar consentimiento para las fotografías médicas, yo entiendo que no se cobrará pago a ningun participante. Negación de consentimiento para las fotografías no afectará de ninguna forma el cuidado médico que yo reciba.

Al firmar esta forma de consentimiento, yo doy permiso y doy a entender que se ha explicado esta forma y sus fines médicos a los cuales yo acepto.

Yo doy permiso sobre la toma y uso de mi/mis fotografías UNICAMENTE para usos médicos.

Firma _____

Fecha ____/____/____



CONSENTIMIENTO PARA DEJAR MENSAJE DE VOZ

Por la presente yo autorizo mi oficina de médicos que deje un mensaje para discutir/liberar información con respeto a citas pendientes y/o pruebas y resultados a mi residencia ya sea en contestador, correo de voz, correo electrónico, en casa, oficina, o con cualquier miembro de familia o designados enumerados a continuación:

Yo sí autorizo los siguientes: _____

Nombre/Relación

Télefono

Nombre/Relación

Télefono

Yo autorizo solamente mensajes de apunto para dejarse con cualquier persona en mi número de teléfono designado.

Yo no autorizo divulgación de cualquier información a nadie que no sea yo mismo.

SOLO PARA PACIENTES DE MEDICARE

Medicare requiere que todos los pacientes de Medicare lean y firmen lo siguiente antes de que podamos presentar su reclamo.

Yo solecito que pagos de beneficios autorizados de Medicare se hagan en mi nombre a Las Cruces Surgeons Group cualquier servicio que se me porporcione para mí por el médico. Servicios renegados por el Programa de Medicare como no-cubiertos se les fracturará a usted.

Yo autorizo la liberación de información médica sobre mí a la Health Care Financing Adminisration (HFCA) y su agente and a mi compañía de seguros para determinar los beneficiós determinados pagables para servicios relacionados.

Firma de Recipiente de Medicare

Fecha

Las Cruces Surgeons Group
925 S. Walnut, Las Cruces, NM 88001
575-523-6330



PÉRDIDA DE LA POLÍTICA DE DESIGNACIÓN

Nuestro objetivo es proporcionar atención médica individualizada de calidad de manera oportuna. Las ausencias, los espectáculos tardíos y las cancelacion causan inconveniencias a las personas que necesitan acceso a atención médica. Nos gustaría recordarle nuestra política con respeto a las citas perdidas.

Cancelación de una cita

Para ser respetuoso de las necesidades médicas de otros pacientes, sea cortés y llame a la oficina rápidamente si no puede presentarse para una cita. Esta vez se reasignará a alguien que necesite el tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, le pedimos que llame con al menos 24 horas de anticipación.

Cómo cancelar su cita

Para cancelar llame al 575-523-6330. Si no llega a la recepcionista, puede dejar un mensaje detallado en nuestro correo de voz. Si desea reprogramar su cita, deje su nombre y número de teléfono.

CANCELACIONES TARDÍAS: Se considera que una cancelación es tarde cuando la cita se cancela sin un aviso de 24 horas y está sujeta a una tarifa de \$50.00 por no cancelación en el momento apropiado.

NO SHOW: Un “no show” es un paciente que pierde una cita sin cancelarla. Si no se presenta en el momento de la visita, se registrará como “no show” después de 15 minutos después de su cita programada.

Nombre Impreso

Fecha de Firma