



Información del Paciente Nuevo

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad _____ Sexo M F

Teléfono#: Casa _____ Trabajo _____ Otros _____

Ocupación _____ Nombre de Empleador _____

Estado Civil: S C D V Nombre del cónyuge: _____

Empleador del Cónyuge _____ Teléfono # _____

En caso de emergencia notifique a _____ Teléfono # _____

Médico de Atención Primaria _____ Teléfono # _____

Médico Referido (si es otro que el MAP) _____ Teléfono # _____

**Motivo de la cita de hoy _____

Otros Doctores _____ Teléfono# _____

Seguro Primario: _____ Titular de la Póliza: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección de reclamos: _____

Seguro Secundario: _____ Titular de la Póliza: _____

Póliza #: _____ Grupo #: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección de Reclamos: _____

Farmacia : _____ Telefono# _____

William Julien, M.D. ♦ Hearn Charles, F. S.I.R., M.D. ♦ Charline Berrouët, NP-C ♦ Manwant Khatkar, PA-C

Cuestionario de Historia Médica

Nombre: _____ ¿Motivo de la consulta? _____

¿Peso? _____ Libras ¿Altura? _____ Pies _____ pulgadas

1. ¿Alguna vez fue diagnosticado con lo siguiente? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**
 Diabetes Presión arterial alta Colesterol alto Sobrepeso Enfermedades del corazón

2. ¿Alguna vez ha fumado? Si No ¿Actualmente fuma? Si No ¿Con que frecuencia? _____
 ¿Cuándo dejó de fumar? _____

3. ¿Consumo bebidas alcohólicas? Si No ¿Cantidad por semana? _____

4. ¿Alguna vez usó drogas recreativas? Si No ¿Actualmente las usa? Si No ¿clase? _____

5. Lista de sus alergias a medicamentos y drogas: NINGUNA

6. Indique su reacción a las alergias nombradas a continuación:

Sarpullido Urticaria Hinchazón de la cara Dificultad para respirar otros: _____

7. ¿Es usted alérgico a IODINE (tinte de rayos x/contraste)? Si No Reacción: _____

8. Lista de sus medicamentos, dosis y la frecuencia :

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Indicación (razón para tomarlo)

9. ¿Ha sido tratado por **PROBLEMAS CARDIACOS**? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Ataque Cardíaco (Año) _____ Dolor de pecho o Angina Soplo al corazón
 Arritmia Prolapso Mitral Marcapasos Otros: _____

10. ¿Ha tenido o ha sido tratado por **PROBLEMAS RESPIRATORIOS**? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Asma EPOC Tos crónica Oxígeno-dependientes Tuberculosis

11. ¿Ha tenido o ha sido tratado de **PROBLEMAS DIGESTIVOS**? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Úlcera Péptica Gastritis Hepatitis Problemas del Hígado
 Hernia de Hiato Reflujo GE Cirrosis

12. ¿Tiene algún trastorno de la piel? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Herida(s) abiertas Sarpullido Pigmentación de la piel Otros: _____

13. ¿Ha tenido o ha sido tratado de **PROBLEMAS NEUROLÓGICOS**? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Derrame Cerebral (Año) _____ Mini-Derrame o AIT (Año) _____ Dolor de piernas o brazos

Frecuente dolores de cabeza/migraña Convulsiones/Epilepsia Disco Herniado

Estenosis Espinal Parálisis/Lesion de la Medula Espinal Insensibilidad u Hormigueo en brazos/piernas

14. ¿Ha tomado alguno de los siguientes medicamentos en el pasado?(Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Productos de Aspirina..... Bufferin, Excedrin, Ecotrin, etc.

Medicamentos Anticoagulantes..... Coumadin, Heparin, Persantine, Lovenox, Plavix, Pradaxa, Efferin, Warfarin

¿Por qué razón toma Anticoagulantes? _____

15. ¿Ha sido tratado por problemas nerviosos o emocionales? (Marque las que aplican) **NO APLICAN**

Depresión Ansiedad Ataques de Pánico Trastorno Bipolar Otros: _____

16. ¿Ha sido o está siendo tratado por PROBLEMAS A LOS MUSCULOS, HUESOS O ARTICULACIONES? **NO APLICAN**

(Marque los que aplican)

Artritis Reumatoide Dolor de Espalda o ciática Calambres Musculares o debilidad

Problemas en el cuello Dificultad de caminar Artritis Degenerativa (Osteoporosis)

17. Por favor describa cualquier problema médico que no esté en la lista anterior:

18. ¿Ha tenido alguna cirugía o anestesia? Por favor escriba a continuación:

Año	Cirugía	Anestesia: Local o General	Complicaciones (Si Hubieran)

19. Si usted es mujer, ¿Hay alguna posibilidad que pueda estar embarazada ahora Si No

• ¿Fecha de la última menstruación? _____

20. ¿Necesita antibióticos antes de un procedimiento dental? Si No

Si es si, ¿Por qué? _____

21. ¿Ha recibido alguna vez transfusión sanguínea? Si No

22. ¿Tiene alguna objeción religiosa por la cual no pueda recibir una transfusión de sanguínea? Si No

23. ¿Ha sido tratado alguna vez por cáncer con quimioterapia o radiación? Si (Año) ____ No

24. Lista de todos los médicos involucrados en su cuidado (nombres completos y números telefónicos):

Cuidado Primario: _____ Nefrólogo: _____

Cardiólogo: _____ Podólogo: _____

Cuidado de heridas: _____ Otros: _____

POR FAVOR FIRME Y ESCRIBA LA FECHA: La información provista es exacta incluyendo el perfil actual de mi historia médica y la revisión de sistemas. He revelado toda mi historia médica de la cual tengo conocimiento.

Paciente o Firma del Apoderado

Fecha

Iniciales del Dr.: _____ Revisado el: _____



HIPPA Consentimiento y Reconocimiento

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____

Favor de Inicial

Historia Médica

La información provista a su personal es exacta incluyendo el perfil actual de mi historia médica y la revisión de sistemas. He revelado todo mi historial médico del cual tengo conocimiento.

Consentimiento para dejar mensajes:

Deseo que llamen a mi casa otro (marque todos lo que aplican) con respecto a mi cuidado y seguimiento del mismo. El mejor número(s) telefónico para contactarme es: _____ casa _____ otros

Acepto No acepto ; dar permiso para dejar información médica relevante en mi contestador automático o buzón de voz.

Acepto No acepto ; desea compartir la información médica relevante con la persona que conteste el teléfono. El nombre(s) de la persona(s) con quién puede dejar la información pertinente es: _____

Prácticas Privadas

He recibido el aviso de las Prácticas de Privacidad y he tenido la oportunidad de revisarla.

Política de Referidos

Si usted tiene cobertura de seguro HMO, su **referido debe estar en nuestra oficina antes de su consulta**. Si nuestra oficina no recibe un referido válido antes de su consulta, usted tendrá que reprogramar su cita.

¡ES SU RESPONSABILIDAD!!!!

Puede escoger 2 de las siguientes opciones:

1. Usted mismo puede traer su referido. Por favor asegúrese que el referido sea válido para le fecha de su consulta.
2. Envíe un fax a nuestra oficina. En este caso, usted puede chequear con nuestra oficina si hemos recibido el fax un día antes de su cita. Reportes dados por la oficina de su médico primario que el referido fue o será faxeado no garantiza que lo recibiremos.

Por favor tenga en cuenta que muchas oficinas de los Médicos de Atención Primaria tienen sus propias políticas con respecto a la emisión de referidos. Algunas requieren de 5-7 días de previo aviso. Otras requieren un re-evaluación por el doctor primario antes de una solicitud de consulta.

Publicación de Información

Por la presente autorizo a cualquier médico, hospital, o centro médico que en mi beneficio provea mi historia médica y tratamiento con el Dr. William Julien. Por la presente autorizo a South Florida Vascular Associates que libere cualquier información obtenida en el curso de mi examen para la continuación de mi tratamiento y mi atención.

Yo, _____ he leído y entendido la declaración anterior y estoy de acuerdo en cumplir las pólizas determinadas anteriormente. Por la presente autorizo que la copia de los formularios es tan válida como la original.

Firma del Paciente : _____ Fecha: _____

William Julien, M.D.
Charline Berrouët, NP-C

Hearns Charles, MD, FSIR
Mana Khatkar, PA-C

10151 Enterprise Center Blvd, Suite 204
Boynton Beach, FL 33437

5300 W Hillsboro Blvd, Suite 107
Coconut Creek, FL 33073

201 NW 82nd Ave, Suite 302
Plantation, FL 33324

Tel: (561)752-5195 • Fax: (954) 725-4318

Tel: (954) 725-4141 • Fax: (954) 725-4318

Tel: (954)725-4141 • Fax: (954)725-4318

SOUTH FLORIDA VASCULAR ASSOCIATES

NOTIFICACIÓN SOBRE PRÁCTICAS DE CONFIDENCIALIDAD

ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE COMO SU INFORMACIÓN MÉDICA PUEDE SER UTILIZADA Y EXHIBIDA Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ELLA. POR FAVOR LEA ATENTAMENTE ESTA COMUNICACIÓN.

Esta notificación toma efecto el 03/02/2017 y se mantiene en efecto hasta que la reemplacemos.

1. NUESTRAS PROMESAS EN RESPECTO A SU INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Es muy importante para nosotros mantener su información médica privada. Comprendemos que su información médica es personal y nos comprometemos a protegerla. Creamos un archivo de su cuidado médico y servicios que recibe en nuestra organización. Necesitamos tener acceso a su historia clínica para brindarle cuidados de la salud y cumplir con ciertas exigencias legales. Por esta comunicación usted sabrá de qué modo podemos utilizar y exhibir su información. También se describen sus derechos y ciertas obligaciones que tenemos en cuanto al uso y la exhibición de su información médica.

2. NUESTRAS OBLIGACIONES LEGALES

La ley nos exige que:

1. Mantegamos la confidencialidad de su información médica.
2. Le entreguemos esta comunicación sobre nuestras obligaciones legales, sus derechos y prácticas de confidencialidad con respecto a su información médica.
3. Nos atengamos a los términos de esta notificación mientras la misma se encuentre en vigor.

Tenemos derecho a:

1. Modificar los términos de esta notificación y nuestras políticas y procedimientos de confidencialidad en cualquier momento mientras la ley lo permita.
2. Hacer que los cambios a nuestras políticas y procedimientos de confidencialidad y términos nuevos sean efectivos sobre toda la información previamente guardada. Esto incluye información previamente creada or recibida antes de los cambios.

Notificación de cambios a Nuestras Prácticas De Confidencialidad:

1. Cambios importantes a estas Prácticas De Confidencialidad seran puestos por escrito y estarán disponible bajo solicitud.

3. USO Y DIVULGACIÓN DE SU INFORMACIÓN MÉDICA

La próxima sección describe diferentes maneras en que usamos y exhibimos su información médica. No todo uso y exhibición será enumerado. No obstante, hemos delineado todas las maneras diferentes en que estamos permitidos usar y exhibir su información médica. No usaremos o exhibiremos su información médica para ningun propósito que no sea descrito abajo sin su consentimiento específico y dado por escrito. Toda autorización escrita que usted nos ha dado puede ser revocada en cualquier momento si nos notifica por escrito..

PARA TRATAMIENTO: Podemos mostrar su información médica a médicos, enfermeras, gerentes de casos, técnicos, estudiantes de medicina y otros miembros del equipo de atención médica que le provea servicios de salud. Tambien podemos mostrar su información médica a sus otros doctores para asistirlos en su tratamiento médico.

PARA OBTENER PAGO POR EL TRATAMIENTO: Podemos usar o mostrar su información médica con el objeto de facturar y recibir el pago por el tratamiento y los servicios se le brinden.

Form Revised 03-06-18

William Julien, M.D.

Charline Berrouët, NP-C

Hearns Charles, MD, FSIR

Mana Khatkar, PA-C

10151 Enterprise Center Blvd, Suite 204
Boynton Beach, FL 33437

5300 W Hillsboro Blvd, Suite 107
Coconut Creek, FL 33073

201 NW 82nd Ave, Suite 302
Plantation, FL 33324

Tel: (561)752-5195 • Fax: (954) 725-4318

Tel: (954) 725-4141 • Fax: (954) 725-4318

Tel: (954)725-4141 • Fax: (954)725-4318

Política de Oficina para los Arreglos Financieros y Seguros Médicos

Estamos comprometidos a brindarle el mejor cuidado de salud posible. Si usted tiene seguro médico estamos ansiosos de ayudarlo a recibir el máximo beneficio permitido.

- **El pago por servicios se debe al momento que los servicios han sido prestados. Aceptamos efectivo, cheques, MasterCard, Visa, Discover y American Express.**
- **Tramitación de Seguro**
 1. **Cirugía y procedimiento de diagnóstico-** Como cortesía, lo asistiremos con su seguro por cirugía y procedimiento de diagnóstico. Llamaremos para confirmar sus beneficios y cuando sea necesario las autorizaciones escritas serán preparadas por nuestra oficina. Los proveedores de seguros no "garantizan" las cantidades dadas por teléfono. Debemos enfatizar que como proveedores de atención médica, nuestra relación es con usted; no su compañía de seguro. Su participación activa es necesaria cuando se niegan o se retrasan los pagos por su proveedor de seguros. Nosotros presentaremos reclamos con su seguro primario y usted será responsable de manejar cualquier seguro secundario.
 2. **Medicare-** Los reclamos para coberturas de procedimientos con Medicare serán manejados por nuestra oficina.

Como Paciente usted tiene la última responsabilidad financiera: Los cargos en su totalidad son esperados al momento que los servicios son prestados por la práctica. En caso que el seguro privado haya pagado una parte de sus cargos, su pago estimado (teniendo en cuenta su cobertura de seguro) será necesario que sea pagado al momento de los servicios. En caso de que su proveedor de seguro niegue el pago o pague menos de lo esperado, usted es el único responsable por todos los balances en su cuenta. Las decisiones de la Compañía de Seguros y las cantidades de pagos están fuera de nuestro control; sin embargo, estamos encantados de asistirlo en el proceso de apelación de seguros. En el caso de una cuenta sin pagar por su proveedor de seguro, por favor entienda que usted es el único responsable de todos los cargos. Si es necesario de colectar su cuenta sin pagar usando una agencia de colección, usted será responsable por cualquier cargo efectuado como resultado de la participación de una Agencia de Colección/Abogado (usualmente 20-50% de la cantidad sin pagar) y cualquier otro gasto legal y de corte resultantes.

Citas Perdidas o Canceladas: La puntualidad en el tratamiento es importante para conseguir los resultados más efectivos. Acomodamos el horario de los pacientes lo mejor que podemos. Teniendo en cuenta esto y a otros pacientes, esta oficina requiere 48 horas de previo aviso para cancelar una cita. Esto da tiempo para acomodar otros pacientes en el horario. El hecho de no dar aviso tendrá como resultado un cargo de \$25 por cita perdida. Política de cumplimiento estricto.

{Iniciales _____}

Cheques Devueltos

Un cargo de \$25 será aplicado a todos los cheques devueltos. El reembolso tendrá que ser únicamente en efectivo, giro o tarjeta de crédito.

Autorización de por Vida

Yo autorizo a esta práctica de proporcionar cualquiera de mi información médica a Medicare y/o proveedores de seguros con el fin de determinar pagos por los servicios recibidos por South Florida Vascular Associates.

Acuerdo

Yo, (nombre de imprenta) _____, he leído y entendido la póliza de cancelación y los términos y condiciones de mi obligación financiera y estoy de acuerdo en cumplir la política de la oficina detalladas anteriormente.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

William Julien, M.D.
Charline Berrouët, NP-C

Hearns Charles, MD, FSIR
Mana Khatkar, PA-C



Estimado Paciente,

Empezando el 1ero de Junio del 2015, SFVA implementará su política por Cancelación de citas o No-Presentarse a la cita. Entendemos que eventos no planificados pueden suceder y usted puede necesitar cancelar su cita.

Si eso ocurriera, nosotros respetuosamente solicitamos que las citas programadas sean canceladas al menos con 24 horas de anticipación.

Es habitual que lo contactemos con anticipación para confirmar su cita así nuestro personal y doctores quieren estar disponibles para sus necesidades y las necesidades de todos nuestros pacientes, sin embargo cuando un paciente no se presenta a una cita confirmada, otro paciente pierde la oportunidad de ser atendido.

A pesar que siempre hemos tenido una política de cancelación, las circunstancias han obligado que hagamos cumplir la política de multas por No-Presentarse a la cita, y a esas citas que no han sido canceladas con 24 horas de anticipación.

Los cargos por citas perdidas serán como sigue:

Consultas y seguimientos	\$ 25.00
Ultrasonidos	\$ 50.00
Procedimiento de acceso de Diálisis	\$ 75.00
Todos los demás procedimientos	\$200.00

Mediante la firma a continuación, usted reconoce que ha leído y entendido la política de Cancelación de citas y No-Presentarse a la cita de South Florida Vascular Associates como se describe anteriormente.

Gracias por su cooperación.

Nombre Impreso

Firma

Fecha

William Julien, M.D.
Charline Berrouët, NP-C

Hearns Charles, MD, FSIR
Mana Khatkar, PA-C

10151 Enterprise Center Blvd, Suite 204
Boynton Beach, FL 33437

5300 W Hillsboro Blvd, Suite 107
Coconut Creek, FL 33073
Tel: (954) 725-4141 • Fax: (954) 725-4318

201 NW 82nd Ave, Suite 302
Plantation, FL 33324
Tel: (954)725-4141 • Fax: (954)725-4318

Tel: (561)752-5195 • Fax: (954) 725-4318