



ADVANCED • VASCULAR • SOLUTIONS

## REGISTRO DE PACIENTE NUEVO

Revised February 2025

### Formulario

**Información del paciente:** Necesita ayuda con formularios? ☐ Y ☐ N | Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español

Nombre: (Apellido) \_\_\_\_\_ (Primer Nombre) \_\_\_\_\_ (I) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número de seguro social \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer

Dirección : \_\_\_\_\_ (Apt #) \_\_\_\_\_

(Ciudad) \_\_\_\_\_ (Estado) \_\_\_\_\_ (Zona postal) \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa : \_\_\_\_\_ Tel. de trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mejor forma de contacto: ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Celular | ¿Podemos dejar un mensaje de voz detallado? ☐ Y ☐ N

Correo electrónico : \_\_\_\_\_

Doctor Primario: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono ) \_\_\_\_\_

Farmacia preferida: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Ubicación) \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia: (Nombre) \_\_\_\_\_ (Teléfono ) \_\_\_\_\_

(Relación) \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Primario \_\_\_\_\_ Seguro Primario #: \_\_\_\_\_

Name of Seguro Secundario : \_\_\_\_\_ Seguro Secundario #: \_\_\_\_\_

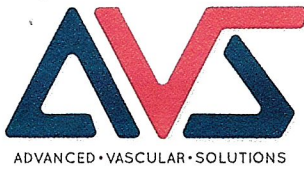
### Autorización del paciente para divulgar registros médicos (Familiar/Guardián)

Autorización del paciente para divulgar registros médicos: Autorizo al custodio de registros u otra persona/entidad (describa específicamente) a divulgar/divulgar la siguiente información\* Nota: Si estos registros contienen información de proveedores anteriores o información sobre el estado de VIH/SIDA, diagnóstico de cáncer, abuso de drogas/alcohol o ETS, por la presente usted autoriza la divulgación de esta información.

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

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

Firma del paciente (or Guardián): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



Coloque sus **iniciales y firmas** para seleccionar su método de cobertura actual y para completar el reconocimiento y consentimiento para el tratamiento médico, el Aviso de prácticas de privacidad y la Política de pago.

**\_\_\_ VISITA DEL PACIENTE DE PAGO POR CUENTA PROPIA (FFS)**

Al firmar a continuación, reconozco que he sido informado de mi responsabilidad de pagar los servicios o suministros profesionales que me brindó hoy David Ladden, MD. DBA/Soluciones Vasculares Avanzadas. Entiendo que estos costos deben pagarse antes de la prestación de dichos servicios a través de sus representantes autorizados. Reconozco y entiendo completamente que los servicios solicitados hoy no se facturará a ninguna compañía de seguros a mi solicitud. También entiendo que los servicios de hoy se brindarán a una tarifa con descuento y renuncio a cualquier derecho que pueda tener de exigir que Advanced Vascular Solutions intente facturar a cualquier compañía de seguros por estos servicios. Además, reconozco que si elijo enviar un recibo detallado a cualquier compañía de seguros para la evaluación del reembolso parcial o total de estos servicios, Advanced Vascular Solutions está exento de cualquier disputa posterior con respecto al reembolso, pero conserva la opción de enviar estos servicios para el pago según las tarifas y pautas de seguro sin descuento, previo acuerdo mutuo de ambas partes cuando se haya proporcionado la información adecuada del seguro a Advanced Vascular Solutions.

**\_\_\_ VISITA DEL PACIENTE ASEGURADO DE SALUD**

Solicito que el pago de los beneficios de seguro autorizados, incluido Medicare, se realice en mi nombre por cualquier servicio o suministro profesional que me haya proporcionado David Ladden, dba "Advanced Vascular Solutions".

Reconozco que he proporcionado la información de mi seguro hoy y autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios o suministros profesionales relacionados por parte de Advanced Vascular Solutions a la Administración de Financiamiento de la Atención Médica, mi compañía de seguros u otra entidad previa solicitud para asegurar el pago de mis beneficios. Entiendo que soy financieramente responsable ante Advanced Vascular Solutions por cualquier cargo no cubierto por los beneficios de atención médica. Es mi responsabilidad notificar a Advanced Vascular Solutions sobre cualquier cambio en mi cobertura de atención médica. En algunos casos, los beneficios exactos del seguro no se pueden determinar hasta que la compañía de seguros reciba el reclamo. Entiendo que soy responsable de la factura completa, incluido cualquier saldo impago de los servicios o suministros profesionales según lo determine Advanced Vascular Solutions y/o mi aseguradora de atención médica en caso de que se niegue el pago del reclamo presentado o cualquier parte del reclamo o se aplique a mi copago, deducible o limitaciones de cobertura.

**\_\_\_ CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO MÉDICO**

Me presento voluntariamente para recibir tratamiento y doy mi consentimiento al proveedor de Advanced Vascular Solutions para que me brinde atención. Dicha atención puede incluir, entre otros, procedimientos de diagnóstico, radiografías, extracciones de sangre, pruebas de laboratorio, administración de medicamentos y otros procedimientos que se consideren aconsejables en mi diagnóstico, tratamiento y curso de atención. Reconozco que mi tratamiento está destinado a abordar enfermedades o lesiones episódicas específicas y no pretende sustituir a un médico de atención primaria u otro médico especializado y que no se puede ofrecer ni se ha ofrecido ninguna garantía en cuanto a los resultados de los tratamientos o exámenes en Advanced Vascular Solutions.

**\_\_\_ AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Al firmar este documento, reconozco la revisión del Aviso de prácticas de privacidad de Advanced Vascular Solutions, con una copia disponible a pedido, según lo exige la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para garantizar que se me hayan informado mis derechos de privacidad.

**\_\_\_ POLÍTICA DE PAGO DE LA OFICINA**

Es nuestra política exigir que todos los copagos se realicen en el momento del servicio. En caso de que el saldo no se pague según lo acordado, el abajo firmante acepta pagar todos los costos cobrados por la Compañía de Cobro y los honorarios razonables del abogado. Entiendo que al firmar este formulario acepto total responsabilidad financiera como se explicó anteriormente por todos los servicios y suministros profesionales recibidos. Entiendo que Advanced Vascular Solutions mantendrá esta autorización original en los archivos y no caduca a menos que yo proporcione una notificación por escrito.

**Norme del paciente (o Guardián) :** \_\_\_\_\_

**Firma de la paciente (o Guardián) :** \_\_\_\_\_

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_



# AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL RECORD INFORMATION

Patient Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Phone: H) \_\_\_\_\_ Phone: W) \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ City/State/Zip: \_\_\_\_\_

**Please Note:** Copy Fee May Be Charged For Medical Records

Above listed patient authorizes the following healthcare facility to make record disclosure:

Facility Name: \_\_\_\_\_ Facility Phone: \_\_\_\_\_

Facility Address: \_\_\_\_\_ Facility Fax: \_\_\_\_\_

City, ST, Zip: \_\_\_\_\_

**Dates and Type of information to disclose:**

- ☐ 2 years prior from last date seen  
☐ Dates Other: \_\_\_\_\_  
☐ Specific Information Requested: \_\_\_\_\_

**The purpose of disclosure is:**

- ☐ Change of Insurance or Physician  
☐ Continuation of Care (e.g., VA Med Ctr)  
☐ Referral  
☐ Other \_\_\_\_\_

RESTRICTIONS: Only medical records originated through this healthcare facility will be copied unless otherwise requested. This authorization is valid only for the release of medical information dated prior to and including the date on this authorization unless other dates are specified.

I understand the information in my health record may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and treatment for alcohol and drug abuse.

**This information may be disclosed and used by the following individual or organization:**

Release To: \_\_\_\_\_ Advanced Vascular Solutions

Address: \_\_\_\_\_ 1801 N. Ed Carey Suite E

City, State, Zip: \_\_\_\_\_ Harlingen, TX 78550

Fax: \_\_\_\_\_ 956-594-8182 Phone: \_\_\_\_\_ 956-887-8898

☐ Please mail records.

☐ Please fax records.

I understand I may revoke this authorization at any time. I understand that if I revoke this authorization I must do so in writing and present my written revocation to the health information management department. I understand that the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization. I understand that the revocation will not apply to my insurance company when the law provides my insurer with the right to contest a claim under my policy. **Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition:** \_\_\_\_\_

**If I fail to specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire 1 year from the date signed.**

I understand that authorizing the disclosure of this health information is voluntary. I can refuse to sign this authorization. I need not sign this form in order to assure treatment. I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in CFR 164.524. I understand that any disclosure of information carries with it the potential for an unauthorized redisclosure and the information may not be protected by federal confidentiality rules. If I have questions about disclosure of my health information, I can contact the authorized individual or organization making disclosure.

**I have read the above foregoing Authorization for Release of Information and do hereby acknowledge that I am familiar with and fully understand the terms and conditions of this authorization.**

**X**

Signature of Patient / Parent / Guardian or Authorized Representative  
(Guardian or Authorized Representative must attach documentation of such status.)

Date

Printed name of Authorized Representative

Relationship / Capacity to patient

Address and telephone number of authorized representative