



SOUTH AUSTIN VEIN CENTER

Información del paciente:

Nombre _____

Apellido _____

Dirección/estado/código postal _____

Número de Celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Fecha de nacimiento ____/____/____

Número de seguro social _____

Género: Masculino MasculinaEstado civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a Socio doméstico/a

Ocupación _____ Empleador _____

En caso de emergencia, comuníquese con:

Nombre _____ Número de teléfono _____

Relación con el paciente _____

Información del seguro médico Paciente Esposo/a – Nombre del garante _____

Primario _____ Grupo _____ ID # _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Secundario _____ Grupo _____ ID # _____

Nombre del asegurado _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

¿Cómo te enteraste de nosotros?

Referencia del médico: _____

Amigo/familia: _____

Anuncio de radio: _____

Noticias televisivas: _____

SitioWeb: _____

Facebook/Otra: _____

Médico de atención primaria:

Nombre _____

Dirección/Estado/Código postal _____

Número de teléfono _____

Farmacia:

Nombre: _____

Número teléfono: _____

Autorizo a South Austin Vein Center/Michael M. Di Iorio, MD, PLLC a ejecutar todos los documentos necesarios y liberar información a las compañías de seguros de salud y otra organizaciones, según sea necesario, cualquier información médica pertinente sobre mí que pueda ser necesaria para procesar reclamos por reembolso de las tarifas cobradas que se me cobraron por tratamiento médico en South Austin Vein Center.

Firma _____ Fecha _____

Michael M. Di Iorio, MD, PLLC



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA EL PACIENTE DE HIPAA

Comprendo que tengo ciertos derechos a la privacidad con respecto a mi información médica protegida. Estos derechos me son otorgados conforme a la Ley de Responsabilidad y Portabilidad de la Información de Salud de 1996 (HIPAA). Entiendo que al firmar este consentimiento, autorizo a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC a usar y divulgar mi información médica protegida (PHI) para llevar a cabo lo siguiente:

- Tratamiento (incluido el tratamiento directo e indirecto de otros proveedores de atención médica involucrados en mi tratamiento)
- Obtención de pago de terceros pagadores (p. ej., mi compañía de seguros)
- Las operaciones diarias de atención médica del South Austin Vein Center del

que también he recibido información y me han dado el derecho de revisar una copia segura del Michael M. Di Iorio, MD, Declaración de privacidad de PLLC, que contiene una descripción más completa de los usos y divulgaciones de mi PHI y mis derechos según HIPAA. Entiendo que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC se reserva el derecho de cambiar los términos de este aviso en cualquier momento y que puedo comunicarme con Michael M. Di Iorio, MD, PLLC en cualquier momento para obtener la copia más actualizada de este aviso.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento a través de una notificación adecuada. Sin embargo, cualquier uso o divulgación que haya ocurrido antes de la fecha de revocación no se ve afectado.

Firma del paciente

Fecha

CONSENTIMIENTO TELEFÓNICO

Deseo ser contactado de la siguiente manera: **(marque todo lo que corresponda)**, ingresar los asegúrese de números de teléfono.

- Número de teléfono de casa: _____
 - Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Dejar un mensaje con un número de devolución de llamada
- Teléfono de trabajo: _____
 - Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Dejar un mensaje con un número de devolución de llamada solamente Número de teléfono
- celular: _____
 - Puede dejar un mensaje con información detallada
 - Deje un mensaje con un número de devolución de llamada solamente
- Comunicación por escrito
 - Está bien enviar por correo a mi domicilio Dirección enviar un
 - Puede fax a este (s) número (s): _____

Número de miembro de la familia: _____

Otras solicitudes: _____

Firma del paciente

Fecha

Michael M. Di Iorio, MD, PLLC
 **SOUTH AUSTIN
VEIN CENTER**
5301-A Davis Lane, Suite 210
Austin, TX 78749
(512)614-1025

RESPONSABILIDAD FINANCIERA

1. Entiendo que, _____ soy responsable de confirmar mis beneficios médicos o los de mi dependiente con mi transportista / grupo de seguros y que se espera que tenga esta información en el momento de mi primera visita.
2. Entiendo que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC no puede garantizar que la información recibida de mi compañía de seguros sea correcta. Soy completamente responsable de todos los cargos publicados en mi cuenta.
3. Entiendo que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC facturará a mi compañía de seguros de acuerdo con todas las normas y regulaciones federales con respecto a tales actividades y le proporciona a mi compañía de seguros copias de toda la información apropiada y requerida y que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC no es responsable por reclamaciones perdidas.
4. Entiendo que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC hará cualquier esfuerzo razonable para ayudarme a resolver cualquier reclamo en disputa o el pago de dichos reclamos, pero que la relación contractual para el pago de dichos reclamos reside únicamente entre mi persona y mi compañía de seguros y que soy en última instancia responsable de todos los servicios prestados.
5. Entiendo que si mi plan está fuera de la red o si los servicios se determinan como "no cubiertos" debido a las disposiciones del plan y / o condiciones preexistentes o cláusulas adicionales de mi póliza, soy totalmente responsable de todos los servicios en los que se incurra.
6. Entiendo que si elijo pagar en forma privada en mi primera visita, debido a la falta de seguro, falta de cobertura, no proporcionar mi tarjeta de seguro en el momento del servicio o no verificar la cobertura, Michael M. Di Iorio, MD, PLLC NO enviará reclamos retroactivamente ni cambiará la responsabilidad de la cuenta.

ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

1. Asigno a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC el derecho a recibir pagos por todos los servicios de atención médica prestados por la Compañía a mí o a mi dependiente.
2. Cooperaré, ayudaré y asistiré en la obtención de Michael M. Di Iorio, MD, PLLC pagos por los servicios de atención médica prestados a mí o a mi dependiente de cualquier tercero que sea o pueda ser responsable de dichos servicios.
3. Entiendo y acepto que soy responsable y debo pagar todos los deducibles, copagos y cantidades disputados por mi aseguradora por los servicios de atención médica prestados por Michael M. Di Iorio, MD, PLLC a mí o a mi dependiente.
4. Entiendo y acepto que Michael M. Di Iorio, MD, PLLC puede utilizar cualquier medio legal para cobrar el pago de cualquier servicio de atención médica que se me haya prestado a mí o a mi dependiente. En el caso de que se tome una acción legal, para hacer cumplir los términos y condiciones de este Acuerdo, la parte ganadora tendrá derecho a la recuperación de todos los honorarios y costos de abogados y / o cobranzas.

Firma: _____
Paciente, POA, padre y / o tutor

Fecha: _____

RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Nombre Del Paciente : _____ MRN#: _____

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar su información médica protegida. Nuestros Derechos y Responsabilidades del Paciente describen sus derechos bajo la ley. Tiene derecho a revisar nuestros Avisos antes de firmar este reconocimiento. Al firmar este formulario, usted recibirá una copia de Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: Aviso de prácticas de privacidad y derechos y responsabilidades del paciente de South Austin Vein Center. Estos avisos describen el uso y la divulgación de su información médica protegida para tratamientos, pagos, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones según se indica. También describen ciertos derechos de los pacientes y ciertas responsabilidades de los pacientes para satisfacer sus necesidades de atención médica.

El paciente entiende que:

- La información médica protegida puede ser divulgada o utilizada para tratamientos, pagos u operaciones de atención médica.
- Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y Derechos y Responsabilidades del Paciente y el paciente tiene la oportunidad de recibir una copia de estos Avisos
- Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center se reserva el derecho de cambiar el Aviso de prácticas de privacidad y los derechos y responsabilidades del paciente en cualquier momento. Se puede obtener una copia actualizada de estos avisos comunicándose con nuestra oficina.
- Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center también usará y compartirá su información de salud según lo requiera o permitida por ley.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA A SOLICITUD

Yo, _____, doy mi permiso para divulgar mi información médica protegida de mis registros médicos, incluida la información financiera, a la (s) siguiente (s) persona (s).

Nombre (s): _____

No autorizo la divulgación de mi información médica y/o de facturación a nadie más que a mí.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

AUTORIZACIÓN PARA ASIGNAR BENEFICIOS Y DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Autorizo y solicito que el pago de Medicare y/o los beneficios del seguro se realicen directamente a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center por todos y cada uno de los servicios que me brinde Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: Centro de venas del sur de Austin. Si mi seguro médico no permite el pago directo a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center o si Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center decide no aceptar la asignación de Beneficios médicos, acepto enviar de inmediato a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center todos y cada uno de los pagos de seguro médico que reciba. Reconozco que soy responsable de todos los cargos por los servicios prestados por Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center, incluidos los servicios no cubiertos o los montos no pagados por el seguro. Esto también se aplica si la cobertura es proporcionada por Medicare, una Organización de Mantenimiento de la Salud, una póliza de Compensación para Trabajadores o cualquier otro tercero pagador.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO GENERAL PARA TRATAR

Al firmar a continuación, autorizo a los proveedores de atención médica en Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center, a realizar exámenes, pruebas de diagnóstico y procedimientos para evaluar mis condiciones de atención médica y brindar atención, servicios o terapias necesarias para diagnosticarme y tratarme de manera efectiva. Entiendo que es responsabilidad de los proveedores de atención médica que me atienden explicarme la naturaleza de la atención, el tratamiento, los servicios, los medicamentos recetados, las intervenciones sugeridas o los procedimientos propuestos. Antes de someterme a procedimientos o pruebas particulares, mi(s) proveedor(es) me explicarán los posibles beneficios, riesgos o efectos secundarios, incluidos los posibles problemas que podrían ocurrir durante la recuperación, la probabilidad de lograr los objetivos, las alternativas razonables y los riesgos, beneficios, y efectos secundarios relacionados con las alternativas, incluidos los posibles resultados de no optar por someterse al tratamiento recomendado. Doy mi consentimiento para la presencia de estudiantes, aprendices, observadores, representantes médicos de ventas y/o personal que no pertenece a las instalaciones según se considere necesario y/o apropiado a discreción de mi médico y/o la gerencia de Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: Centro de venas del sur de Austin.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

POLÍTICA DE CANCELACIÓN DE CITA MÉDICA/NO SHOW

Gracias por confiar su atención médica a Michael M. Di Iorio, MD, PLLC/dba: South Austin Vein Center. Cuando programamos una cita con South Austin Vein Center, reservamos suficiente tiempo para brindarle atención de la más alta calidad. Si necesita cancelar o reprogramar una cita, comuníquese con nuestra oficina lo antes posible y a más tardar 24 horas antes de su cita programada. Esto nos da tiempo para programar a otros pacientes que pueden estar esperando una cita. Consulte nuestra política de cancelación de citas o no presentación a continuación:

- A partir del 1 de junio de 2023, cualquier paciente establecido que no se presente, cancele o re programe una cita y no se comunique con nuestra oficina con al menos un aviso de 24 horas se considerará que no se presentó y se le cobrará una tarifa de \$50.00.
- Para TODOS los pacientes cosméticos, se requerirá un depósito de \$ 50 para programar una cita, esta tarifa se destinará al costo del tratamiento. Sin embargo, si el paciente no se presenta o cancela/reprograma sin un aviso de 24 horas, esta tarifa se perderá como una tarifa de no presentación. La tarifa se cobra al paciente, no a la compañía de seguros, y debe pagarse en el momento de la próxima visita al consultorio del paciente.
- Como cortesía, cuando el tiempo lo permite, hacemos llamadas recordatorias para citas. Si no recibe una llamada o un mensaje de recordatorio, la Política anterior seguirá vigente.

Entendemos que puede haber momentos en que ocurra una emergencia imprevista y es posible que no pueda asistir a su cita programada. Si experimenta circunstancias atenuantes, comuníquese con nuestro gerente de oficina, quien puede eximirle de la tarifa por no presentarse. Puede comunicarse con South Austin Vein Center las 24 horas del día, los 7 días de la semana a los números a continuación. Si es después del horario laboral habitual de lunes a viernes, o un fin de semana, puede dejar un mensaje. Los mensajes dejados son aceptables. **South Austin Vein Center (512) 614-1025.**

He leído y comprendo la política de cancelación de citas médicas/ausencia y acepto sus términos. Printed

Nombre : _____

Firma: _____ Fecha: _____

Historial médico del paciente

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____ Altura: _____ Peso: _____
Motivo de su visita: _____

Actuales medicamentos , Vitaminas , Suplementos:

	Nombre del medicamento	Dosis/Frecuencia/Ruta
1		
2		
3		
4		
5		

Alergias (lista con reacción): Sin alergias conocidas

Consumo de tabaco: Nunca Presente El último uso _____

Historial médico anterior: (encierre en un círculo todo lo que corresponda)

Artritis/Ansiedad/Depresión/Coágulo de sangre/TVP/PE Cáncer: tipo _____
Diabetes/Migrañas/ Hepatitis/ Colesterol alto VIH/SIDA Enfermedad renal Trauma en la pierna
Enfermedad arterial periférica Hipertensión Asma/EPOC Enfermedad cardíaca MI/Ataque
cardíaco comentarios adicionales: _____

Historial Quirúrgica:

Tratamientos previos de venas:

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR:

Madre/Padre/Abuelo(a) paterno(a)/materno(a)	Hermano/a
Venas varicosas/úlceras venosas	
Trastorno hemorrágico	
Coágulos de sangre (D)	

Solo mujeres:

Último período menstrual: _____; posmenopáusica

¿Está embarazada o está considerando un embarazo en el futuro? _____

¿Estas amamantando? _____

¿Estás tomando pastillas anticonceptivas u otras hormonas? _____

¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas en su(s) pierna(s):

Molestias/dolor: Sí No Izquierda Derecha

Pesadez: Sí No Izquierda Derecha

Cansancio/Fatiga: Sí No Izquierda Derecha

Picazón/ardor: Sí No Izquierda Derecha

Hinchazón: Sí No Izquierda Derecha

Calambres en las piernas: Sí No Izquierda Derecha

Inquietud en las piernas: Sí No Izquierda Derecha

Cambios en la piel: Sí No Izquierda Derecha

Ulceración de piernas: Sí No Izquierda Derecha

Sangrado de una vena: Sí No Izquierda Derecha

Medidas conservadoras utilizadas actualmente o anteriormente: (encierre en un círculo todas las que haya probado)

Ejercicio/Pérdida de peso/Elevación de la pierna Medicamentos para el dolor/Medias de compresión o vendajes para las piernas

REVISIÓN DE SISTEMAS: ¿Tiene o ha tenido alguno de los siguientes?

Constitucional:

Fiebre fatiga pérdida de peso aumento de peso

Respiratorio:

dificultad para respirar tos jadear

Cardiovascular:

dolor en el pecho edema de las extremidades inferiores varicosidades

Gastrointestinal:

dolor abdominal vómitos constipación

Genital / reproductivo:

Último período menstrual _____ posmenopáusica

Dermatológico:

piel seca sarpullido hematomas úlcera venosa

Musculoesquelético:

dolor muscular parálisis de las extremidades dificultad para caminar

Neurológico:

dolor de cabeza insensibilidad hormigueo

Psiquiátrico:

cambio de humor ideas suicidas desesperación

Hematológico:

moretones con facilidad dificultad en detener el flujo sanguíneo ganglios linfáticos grandes