

**Por favor escribe legible**

Un círculo:

Dr. Miss Sr. Sra. Ms. Sir

Nombre del paciente (apellido): \_\_\_\_\_ (Primer Nombre): \_\_\_\_\_  
(MI): \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_+\_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

**Como Esucho de Nosotros?** \_\_\_\_\_

Doctor de atención primaria: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Doctor referente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Etnia: \_\_\_\_\_ Idioma: \_\_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_ Número de seguridad social: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Número de seguridad social: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ ¿Tiene un testamento vital? \_\_\_\_\_

Relación de contacto de emergencia con el paciente: \_\_\_\_\_

Información de la Parte Responsable: Uno mismo y Otro: \_\_\_\_\_

**Seguro primario: (POR FAVOR PROPORCIONE SU TARJETA DE SEGURO A LA ESCRITORIO DELANTERO EN EL REGISTRO)**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_

ID de suscriptor (número de póliza): \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Seguro secundario:**

Compañía de seguros: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre asegurado: \_\_\_\_\_ Relación del paciente con el asegurado: \_\_\_\_\_

ID de suscriptor (número de póliza): \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

**Acepto que la información proporcionada en este formulario es precisa y está actualizada a mi leal saber y entender.**

Firma del paciente (o parte responsable): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## FORMULARIO DE HISTORIAL DEL PACIENTE

NOTA: Este es un registro confidencial y se mantendrá en el consultorio de su médico. La información aquí contenida no se divulgará a nadie sin su autorización para hacerlo.

Queja principal: ¿Cuál es el motivo principal de su visita hoy? \_\_\_\_\_

---

### HISTORIA MÉDICA PASADA

Enfermedad del estómago	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Úlcera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Diverticulitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Carrera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Diabetes (azúcar)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Asma	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Bronquitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Enfisema	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Pulmón negro	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedad del hígado	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Problemas de coagulación de la sangre	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Nefropatía	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Cálculos renales	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Enfermedad venérea	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
SIDA / VIH	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Convulsiones	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Artritis / Gota	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Problemas de espalda	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
Cáncer	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si

Hospitalizaciones previas / Cirugías / Enfermedad grave      Cuándo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otro historial médico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**¿Toma alguna medicación? En caso afirmativo, consulte la página 6.**

**¿Toma alguno de los siguientes?**

Aspirina       Si    No      ¿Cuánto / con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Coumadin (warfarina)       Si    No      ¿Cuánto / con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Plavix (clopidogrel)       Si    No      ¿Cuánto / con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Lovenox (enoxaparina)       Si    No      ¿Cuánto / con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Toma alguna otra cosa que adelgace la sangre? \_\_\_\_\_

**¿Es alérgico a algún medicamento?       Si    No      Si es así, ¿cuáles?**

\_\_\_\_\_

**¿Tiene alguna alergia estacional?       Si    No**  
(es decir, polen, pasto, árboles, gato / perro, etc.)

### HISTORIA SOCIAL:

Estado civil:       Único    Casado    Apartado    Divorciado    Viudo

Uso de alcohol:       Never    Casi nunca    Moderado    Diario

Uso de tabaco:

Cigarettes       No    Si      Si es así, ¿cuánto usa en un día? \_\_\_\_\_

Tabaco sin humo       No    Si      En caso afirmativo, ¿qué tipo usa y cuánto en un día? \_\_\_\_\_

Uso de drogas ilícitas:

Actual       No    Si      En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Pasado       No    Si      En caso afirmativo, ¿de qué tipo y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

### HISTORIA MÉDICA FAMILIAR

Diabetes       Si    No

Tuberculosis       Si    No

Cardiopatía       Si    No

Enfermedad del hígado       Si    No

Cáncer de próstata       Si    No

Cáncer de vejiga       Si    No

Cáncer de mama       Si    No

Cáncer de pulmón       Si    No

Nefropatía       Si    No

Infarto de miocardio       Si    No

Cáncer de colon       Si    No

Carrera       Si    No

Alta presión sanguínea       Si    No

Cáncer de RIÑÓN       Si    No

Otro \_\_\_\_\_

### Queja principal:

	Derecho	Izquierdo	AMBOS	¿Dónde?	¿Con qué frecuencia?
Edema / Hinchazón					
Venas varicosas					
Vena de araña					
Cansancio / fatiga					
Quemazon					
Picor					
Calambres					
Piernas inquietas					
Úlceras					
Salpullido / irritación					
Pigmentación					
Venas abultadas					
Sangrado					
Dolor / molestias					
Pesadez / Plenitud					
Rigidez					
Palpitante					
Dolor de gravedad 1-10					

### Quejas adicionales:

	Derecho	Izquierdo	AMBOS	
Claudicación intermitente				
Adormecimiento				
Frialdad de pies				

## Queja principal:

Número de embarazos:

(A término e incompleta): 0 1 2 3 4 5 6

Calidad del dolor:

- Agudo
- Tracción
- Palpitante
- Opresión
- Pesado
- Incomodidad

Historia de la enfermedad actual:

Fecha en que comenzaron los síntomas: \_\_\_\_\_

Los síntomas empeoran desde: \_\_\_\_\_

¿Ha usado medias de compresión 20/30??

- Si  No

Media de compresión prescrita por: \_\_\_\_\_

Uso regular de Compression desde: \_\_\_\_\_

Han mejorado los síntomas?  Si  No

La historia previa es importante para las siguientes complicaciones de la enfermedad venosa:

	Derecho	Izquierdo	AMBOS	Recurrente
Insuficiencia Venosa				
Sangrado				
DVT				
PE				
Úlcera				
TSV / Flebitis				

Factores agravantes:

- Sentado prolongado
- Bipedestación prolongada
- Caminar / Hacer ejercicio
- Clima caliente
- Menstrual
- El embarazo
- Otro:

Factores de alivio:

- Elevación
- Caminar / Hacer ejercicio
- Media de compresión / envoltura
- Medicamento
- Baño caliente / duchas
- Baños calientes / almohadilla térmica
- Compresas frías
- Sentarse / descansar
- Masaje

**¿Sus problemas en las piernas le impiden realizar sus actividades diarias? En caso afirmativo, explique (SEGÚN LO REQUIERA SU COMPAÑÍA DE SEGUROS)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## REVISIÓN DE SISTEMAS

¿Tiene ahora o ha tenido algún problema relacionado con los siguientes sistemas?

Marque la CAJA. Si tiene alguna otra condición, escriba en la línea.

### General / Constitucional:

- En silla de ruedas
- Exceso de peso
- Mareo
- Cambio en el apetito
- Escalofríos
- Fiebre
- Dolores de cabeza
- Aumento de peso
- Pérdida de peso

### Oreja nariz garganta:

- Audición disminuida
- Disminución del sentido del olfato
- Dificultad para tragar
- Dolor de oído
- Respirando por la boca en noche
- Hemorragia nasal
- Zumbido en los oídos
- Ronquidos

### Endocrino:

- Intolerancia al frío
- Diabetes
- Debilidad
- Problemas tiroideos
- Orinar frecuente

### Respiratorio:

- Asma
- Dolor de Pecho
- Tos
- Falta de Aliento
- Neumonía
- COPD

- Apnea del sueño

### Cardiovascular:

- GERD
- Enfermedad del hígado
- Stent
- Dolor abdominal
- Enfermedad pulmonar

### Genitourinario:

- Incontinencia urinaria
- Diálisis
- Problemas de riñón

### Musculoesquelético:

- Dolor / molestias musculares
- Dolores generalizados
- Debilidad generalizada
- Dolor / calambres
- Osteoporosis
- Artritis
- Dolor en las articulaciones

### Vascular periférica:

- Enfermedad de la arteria periférica
- Enfermedad vascular periférica
- Venas varicosas
- Dolor de pies por la noche
- Úlcera
- Calambres en las piernas
- Coágulos de sangre
- Frialdad en las extremidades

### Piel:

- Sulpullido
- Eczema
- Descoloramiento
- Cáncer de piel

### Neurológico:

- Mareos
- Adormecimiento
- Hormigueo
- Temblores
- Pérdida de memoria
- Derrame cerebral
- Síncope / desmayo
- Equilibrio deficient
- Confusión

### OTRAS CONDICIONES O

### ENFERMEDADES:

---

---

---

---

---

---

---

---



CARDIOLOGÍA / VASCULAR

AUTORIZACIÓN PARA INFORMACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

Nombre completo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ SS# \_\_\_\_\_

Por la presente autorizo: Treasure Coast Heart and Vascular at 1801 SE Hillmoor Dr. Suite C208, Port Saint Lucie, Florida 34952 Phone: 772-337-5083, Fax 772-337-5088

Para obtener mis registros e información médica de:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono / fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Registros médicos completos \_\_\_ Historia y física \_\_\_ Notas de oficina \_\_\_ Informes de laboratorio / rayos X

\_\_\_ Resumen de alta \_\_\_ Registros de emergencia \_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

Mis registros pueden contener la siguiente información a menos que esté tachada; Autorizo específicamente que sean liberados:

Resultados de la prueba del VIH Registros psiquiátricos mentales o emocionales Registros relacionados con el SIDA Registros de drogas o alcohol La información debe usarse con el propósito de la continuidad de la atención a menos que se indique lo contrario \_\_\_\_\_

De conformidad con la ley de Florida, el registro se puede usar solo para el propósito provisto y para quien lo solicitó. No se puede volver a divulgar ninguna información a ninguna otra persona sin el consentimiento específico por escrito del abajo firmante. Los cargos siguen la ley de Florida. Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, debo hacerlo por escrito y presentarlo a Healthy Heart Center Inc. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido divulgada en respuesta a esta autorización. Este consentimiento vence en doce (12) meses a menos que se escriba aquí otra fecha:

Entiendo que la autorización de divulgación de información médica es voluntaria. Puedo negarme a firmar esta autorización. No necesito firmar este formulario para asegurar el tratamiento. Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información que se utilizará o divulgará, según lo dispuesto en CFR 164.524. Por la presente, Healthy Heart Center Inc. queda liberado de cualquier responsabilidad de mantener la confidencialidad de la información que se me entregue a mí oa las partes designadas por mí en esta autorización, y dicha divulgación se realiza de buena fe.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

RELACIÓN CON EL PACIENTE: \_\_\_\_\_

(Explique y / o adjunte documentación legal)

FIRMA DE TESTIGO : \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



# FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO Y CONSENTIMIENTO DE LA HIPAA DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Aviso de prácticas de privacidad. Reconozco que he recibido el Aviso de prácticas de privacidad, que describe las formas en que el consultorio puede usar y divulgar mi información de atención médica para su tratamiento, pago, operaciones de atención médica y otros usos y divulgaciones permitidos descritos, entiendo que puedo comunicarme con el Oficial de privacidad designado en el aviso si tengo una pregunta o queja. Entiendo que esta información puede ser divulgada electrónicamente por el proveedor y / o los socios comerciales de los Proveedores, en la medida en que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información para el propósito descrito en el Aviso de prácticas de privacidad de la práctica.

Liberación de información. Por la presente, permito que la práctica y los médicos u otros profesionales de la salud involucrados en la atención hospitalaria o ambulatoria divulguen información médica para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica.

La información de atención médica con respecto a las admisiones previas en cualquier centro puede estar disponible para los centros de admisión posteriores para coordinar la atención del paciente o para fines de gestión de casos. La información sobre el cuidado de la salud se puede divulgar a cualquier persona o entidad responsable del pago en nombre del Paciente para verificar la cobertura o preguntas sobre el pago, o para cualquier otro propósito relacionado con el pago de beneficios. La información médica también se puede divulgar a la persona designada por mi empleador cuando los servicios prestados están relacionados con un reclamo de compensación para trabajadores.

Si estoy cubierto por Medicare o Medicaid, autorizo la divulgación de información a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios o aseguradora para el pago de una reclamación de Medicare. Esta información puede incluir, sin limitación, historial y registros físicos, de emergencia, informes de laboratorio, informes operativos, notas de progreso del médico, notas de enfermeras, consultas, informes psicológicos y / o psiquiátricos, tratamiento de drogas y alcohol y resumen de alta. Las leyes federales y estatales pueden permitir que esta instalación participe en organizaciones con otros proveedores de atención médica, aseguradoras y / u otros participantes de la industria de la atención médica y sus subcontratistas para que estas personas y entidades compartan mi información médica entre sí para lograr objetivos que pueden incluir, pero no limitarse a: mejorar la precisión y aumentar la disponibilidad de mis registros médicos: disminuir el tiempo necesario para acceder a mi información: agregar y comparar mi información con el propósito de mejorar la calidad: y otros propósitos que permitan las leyes. Entiendo que esta instalación puede ser miembro de una o más de estas organizaciones. Este consentimiento incluye específicamente información sobre afecciones psicológicas, afecciones psiquiátricas, discapacidades intelectuales, información genética, afecciones de dependencia química y / o enfermedades infecciosas que incluyen, entre otras, enfermedades transmitidas por la sangre, como el VIH y el SIDA.

Divulgación a amigos y / o familiares:

¿DESEA DESIGNAR UN FAMILIAR U OTRA PERSONA CON LA QUE

¿EL PROVEEDOR PUEDE HABLAR SOBRE SU CONDICIÓN MÉDICA? SI ES ASÍ, POR FAVOR INDIQUE LAS PERSONAS A CONTINUACIÓN:

Nombre

Relación

Teléfono

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Consentimiento general para la atención y el tratamiento Consentimiento

AL PACIENTE: Usted tiene derecho, como paciente, a ser informado sobre su condición y el procedimiento quirúrgico, médico o de diagnóstico recomendado que se utilizará para que pueda tomar la decisión de someterse o no a algún tratamiento o procedimiento sugerido después de saber los riesgos y peligros involucrados. En este momento de su atención, no se ha recomendado ningún plan de tratamiento específico. Este formulario de consentimiento es simplemente un esfuerzo para obtener su permiso para realizar la evaluación necesaria para identificar el tratamiento y / o procedimiento apropiado para cualquier condición identificada.

Este consentimiento nos da su permiso para realizar exámenes, pruebas y tratamientos médicos razonables y necesarios. Al firmar a continuación, está indicando que (1) tiene la intención de que este consentimiento continúe en la naturaleza incluso después de que se haya realizado un diagnóstico específico y se haya recomendado un tratamiento: y (2) usted da su consentimiento para el tratamiento en esta oficina o en cualquier otra oficina satélite en común Propiedad. El consentimiento seguirá siendo plenamente efectivo hasta que sea revocado por escrito. Tiene derecho a interrumpir los servicios en cualquier momento.

Tiene derecho a discutir el plan de tratamiento con su médico sobre el propósito, los riesgos potenciales y los beneficios de cualquier prueba que se le solicite. Si tiene alguna inquietud con respecto a alguna prueba o tratamiento recomendado por su proveedor de atención médica. le animamos a hacer preguntas.

Solicito voluntariamente un médico y / o proveedor de nivel medio (enfermero practicante, asistente médico o especialista en enfermería clínica). y otros proveedores de atención médica o las personas designadas según se considere necesario, para realizar un examen médico razonable y necesario. pruebas y tratamiento para la condición que me ha llevado a buscar atención en esta práctica. Entiendo que si se recomiendan pruebas adicionales, se recomiendan procedimientos invasivos o intencionales. Se me pedirá que lea y firme formularios de consentimiento adicionales antes de la (s) prueba (s) o procedimiento (s).

Certifico que he leído y entendido completamente las declaraciones anteriores y doy mi consentimiento total y voluntariamente a su contenido.

Firma del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del paciente o representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Nombre impreso del testigo: \_\_\_\_\_ Título profesional: \_\_\_\_\_

Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ¿Necesito una prueba de PAD?

La enfermedad arterial periférica (EAP) es un problema circulatorio grave en el que los vasos sanguíneos que llevan sangre a los brazos, piernas, cerebro y riñones se estrechan u obstruyen. Afecta a más de 12 millones de estadounidenses, la mayoría mayores de 50 años. Puede provocar molestias en las piernas al caminar, mala cicatrización de llagas / úlceras en las piernas, dificultad para controlar la presión arterial o síntomas de accidente cerebrovascular. Las personas con EAP tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir un derrame cerebral y un ataque cardíaco. Las respuestas a estas preguntas determinarán si tiene riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudará a evaluar mejor su estado de salud vascular.

Apellido \_\_\_\_\_ Primer nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Médico primario \_\_\_\_\_

CIRCULE "Sí" o "No" e indique cual pierna	Si	o	No	¿Qué pierna?
1. ¿Experimenta malestar, fatiga, dolor, hormigueo, calambres o dolor en los pies, pantorrillas, muslos o nalgas cuando camina o hace ejercicio?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
2. Si respondió que sí a la pregunta 1, ¿el dolor desaparece con el descanso?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
3. ¿Experimenta algún dolor en reposo en la (s) pierna (s) o en los pies?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
4. ¿Alguna vez necesita ayuda para caminar (es decir, bastón, andador, carro motorizado, el brazo de alguien)? Si es así, explique: _____	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
5. ¿Le han diagnosticado pulsos de pedal (pie) disminuidos o ausentes?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
6. ¿Alguna vez le han diagnosticado artritis, daño a los nervios, disco hernia o una enfermedad relacionada con los huesos y / o la columna vertebral?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
7. ¿Ha tenido algún procedimiento para tratar vasos sanguíneos?	Si		No	Izquierdo Derecho Ambos
8. ¿Experimenta alguno de los siguientes síntomas en las piernas, los pies, los dedos de los pies, debajo de la rodilla? <i>Por favor marque todos los que apliquen.</i>				
_____ Pálido, descolorido o azulado				_____ Caída del cabello o distribución desigual a lo largo del tiempo.
_____ Piel seca, atrófica o brillante				_____ Distrofia de uñas quebradizas
_____ Úlceras, llagas, heridas de cicatrización lenta (8-12 semanas)				_____ Infección que puede ser gangrenosa (piel negra)
9. Factores de riesgo ( <i>marque todo lo que corresponda y especifique cuando se indique</i> ).				
_____ Historia de tabaco / fecha para dejar de fumar				_____ Colesterol alto
_____ Diabetes				_____ Accidente cerebrovascular anterior / TIA
_____ Arteriopatía coronaria				_____ Hipertensión
_____ Enfermedad renal crónica, estadio: _____				_____ Enfermedad vascular obstructiva previa
_____ Insuficiencia cardíaca congestiva				_____ Edad > 50

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Notas adicionales: \_\_\_\_\_