



Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Genero:  Hombre  Mujer

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de Social: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_Codigo Postal: \_\_\_\_\_

Telefono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero  Casado  Separado  Divorciado  Viuda

**Raza:**

Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiatico  Afroamericano  
 Hispano o Latino  Hawaiano native o Islas de Pacifico  Caucasico  Declinar

Idioma Preferido:  Ingles  Espanol  Polaco  Italiano **Otro:** \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: Nombre / Numero: \_\_\_\_\_

Comunicacion Preferido:  Telefono  Correo Electronico

Correro Electronico: \_\_\_\_\_

Podemos madar su estados de cuenta a su correo electronico? Si  No

Ocupacion/ Empleado: \_\_\_\_\_ Dirreccion Empleado: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro Primario: \_\_\_\_\_ Referencias Necesario:  Si  No

# de Identificacion: \_\_\_\_\_ Numero de Grupo: \_\_\_\_\_

Compania de Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

# de Identificacion: \_\_\_\_\_ Numer de Grupo: \_\_\_\_\_

Informacion de Pharmacia: \_\_\_\_\_

Nobre de Asegurado otro de ti: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_ Empleado: \_\_\_\_\_

Direccion de Empresa: \_\_\_\_\_

Firma de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Historia de Salud Forma

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de Medico Primario: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_

Numero: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Porque estas aqui hoy?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Como escuchastes de NJ Vein Care?

\_\_\_\_\_

Estas tomando medicamentos recetada o sobre el contador? Lista abajo  Si  No

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Alergias de Medicamentos?  Si  No

Si tiene, escriba el reaccion y las drogas

\_\_\_\_\_

Fuma Tabaco?  Si  No  Dejar Paquetes al dia por cuantos anos ? \_\_\_\_\_

Consume alcohol?  Si  No  Dejar Bebidas por semana? \_\_\_\_\_

Otras Drogas? \_\_\_\_\_

Ha tenido procedimientos quirurgica antes?  Si  No

Si ha tenido, por favor escriba que tipo y cuando

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**Ha estado hospitalizado en el pasado?**

Si

No

Si ha estado, por favor escriba por que y la fecha

---



---



---

**Tiene algunas condiciones que siguen? ( Por favor cheque todas que aplican)**

<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad de los riñones	<input type="checkbox"/> Dolor del pecho	<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Enfermedad de corazón	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Falta de respiración	<input type="checkbox"/> Presión alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Coágulos de sangre	<input type="checkbox"/> Dolor de las piernas	<input type="checkbox"/> Venas varicosas
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/> Problemas de sangre	<input type="checkbox"/> Hinchazón de las piernas	<input type="checkbox"/> Úlceras de las piernas
<input type="checkbox"/> Úlceras del estómago	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Arañas vasculares	<input type="checkbox"/> Otras

---



---

**Historia de Familia. (Cheque todas que aplican)**

	Padre	Madre	Hermanos	Otros
<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Problemas de Sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Úlceras de Pierna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Venas Varicosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Enfermedad de Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Accidente Cerebrovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Presión Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Hay otra información médica que usted quiere compartir?**

---



---



---



---

### Historia de Salud Venosa

1. Ha tenido  venas sacadas  Cirugia ablacion  Si  No  
 a. Si ha tenido, cuando y cual pierna? \_\_\_\_\_
  
2. Ha tenido inyecciones en las venas?  Si  No  
 a. Si ha tenido, cual pierna y donde en la pierna? \_\_\_\_\_
  
3. Ha tenido un coagulo de sangre?  Si  No  
 a. Si ha tenido, cual pierna y cuando? \_\_\_\_\_
  
4. Ha tenido flebitis?  Si  No  
 a. Si ha tenido, cual pierna y cuando? \_\_\_\_\_
  
5. Siente lo siguiente en las piernas?
 

a. Dolor?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
b. Pesadez?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
c. Cansado/fatiga?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
d. Comezon/quemadura?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
e. Tobillo hinchado?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
f. Calabre en piernas?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
g. Piernas inquieto?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
h. Palpitante?	<input type="checkbox"/> Derecho	<input type="checkbox"/> Izquierda	<input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> No
i. Otras?	_____			
  
6. En reciente meses, han sus venas empeorado?  Si  No
  
7. Toma medicamento para el dolor? (i.e., Advil, Motrin)  Si  No
  
8. Elevita sus piernas para aliviar malestar?  Si  No
  
9. Hace ejercicio?  Si  No
  
10. Se pone medias de compresion ?  Si  No  
 a. Si se pone, que tipo y gradient? Po cuanto tiempo esta puesto? \_\_\_\_\_
  
11. Tiene problemas caminando?  Si  No  
 a. Si tiene, como le afecta? \_\_\_\_\_
  
12. Que tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_  
 a. Cuando tiempo pasa parado(horas por dia) en el trabajo? \_\_\_\_\_ En casa? \_\_\_\_\_
  
13. Ha tenido examenes hecho en las venas?  Si  No  
 a. Si ha tenido, que tipo de examen y donde en la pierna? \_\_\_\_\_
  
14. Ha sido diagnosticado con reflujo de vena safena?  Si  No



### Nuestra Política Financiera Práctica

Con el fin de reducir la confusión y la incompreensión entre nuestros pacientes y la práctica , hemos adoptado la siguiente política financiera . Si tiene alguna pregunta , por favor hable con nuestro administrador de la oficina .

**El pago total se debe en el momento del servicio para los procedimientos cosméticos.** Para su comodidad, se aceptan dinero en efectivo, cheque o tarjeta de crédito para el pago.

**También participamos con Credit Cuidado que puede ser utilizado para financiar ambos procedimientos cosméticos y no cosméticos incluyendo deducibles y co -seguro .**

No estamos en la red con Medicaid o planes de Medicaid administrados.

No estamos en la red con BCBS Avance EPO

No estamos en la red con Americhoice o Amerigroup

Estamos " en red " con Medicare , Horizonte Blue Cross / Blue Shield de NJ , Aetna , United Health Care , Oxford , Magnacare , AmeriHealth , Cuidado Point, OSCAR , QualCare y Cigna . **Los pacientes son responsables de conocer si se necesitan referencias y obtener referencias antes de una cita en NJ VeinCare .**

Si usted tiene otro seguro médico con " beneficios fuera de la red " , vamos a trabajar con usted para obtener la cobertura de los procedimientos realizados por necesidad médica. Nosotros aceptamos " de beneficios de la red " .

Si en el caso de que su plan de salud determina en última instancia, un servicio que se va " no cubierto " o no cumple sus criterios de necesidad médica , que sería responsable de la carga completa .

Antes de cualquier procedimiento programado vamos a proporcionar a los pacientes con los códigos CPT . **Es su responsabilidad de verificar con su compañía de seguros para determinar cuál será su costo de su bolsillo .** El pago se efectuará a la recepción de la Explicación de los beneficios de su compañía de seguros . Enumera lo que debe NJ Vein Care . **Si el pago a NJ VeinCare no se recibe dentro de 60 días , el interés a una tasa de 1.5 % por mes se acumularán . Después de 90 días , a menos que se hayan hecho otros arreglos , su cuenta será enviada a una agencia de cobros.** Esto daría lugar a un cargo adicional de la agencia de colecciones y / o gastos legales sobre lo que debe a NJ VeinCare .

Un cargo de \$ 30.00 será cargado en cualquier cheques devueltos por el banco por falta de fondos .

**Los pacientes se les cobrará una cuota de \$ 50.00 si no logran cancelar una cita con 1 día de antelación. Si un paciente no puede dar 1 - día de antelación de la cancelación de un procedimiento cosmético , los descuentos que se le dio para el procedimiento caso, se pierda .**

**He leído y entiendo la política financiera de NJ Vein Care y estoy de acuerdo en estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que los términos pueden ser enmendados de vez en cuando por la práctica .**

Imprimir Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



## ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS DE SEGURO

Por la presente, ceder, transferir , y la haga más directamente a NJ VeinCare , LLC dineros y / o beneficios suficientes para básica y de gastos médicos mayores a la que puedo tener derecho a la atención profesional y médica , para cubrir los costos de la atención y el tratamiento prestados a mí mismo o mi dependiente en dicho clínica o en otro lugar . Autorizo Gary B. Nackman , MD / NJ VeinCare , LLC para contactar a mi administrador del plan de salud de la empresa o de seguros y obtener toda la información financiera pertinente relativa a la cobertura y los pagos bajo mi póliza . Dirijo la compañía de seguros o administrador del plan de salud para liberar dicha información a Gary B. Nackman , MD / NJ VeinCare , LLC . Autorizo Gary B. Nackman , MD / NJ VeinCare , LLC para descargar toda la información médica solicitada por mi compañía de seguros de salud , Medicare , otros médicos o proveedores , y cualquier otro terceros pagadores

Imprimir Nombre del Paciente\_\_\_\_\_

Firma del paciente o Tutor\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_



## **PACIENTE SEGURO DE SALUD PORTABILIDAD Y LA RENDICION DE CUENTAS TIENT FORMA**

Entiendo que tengo ciertos derechos al respecto de privacidad a mi informacion protegida de salud. Estos derechos son dados a mi bajo del Seguro de Salud Portabilidad y la rendicion de cuentas del 1966 (HIPAA). Entiendo que firmando este consentimiento, autorizo para que usen y exponer mi informacion protegida de salud para:

- Tratamiento (incluye directo y indirecto tratamiento con otros proveedores cuidado de la salud que estan involucrado en mi tratamiento);
- Obtener pagos de tercera parte de pagadores ( compania de seguro );
- Dia a dia operacion de practica de mi cuidado de la salud.

Tengo informado y doy el derecho para revisar y asegurar una copia de Aviso de mis Practicas Privadas, que contiene mas descripciones completas de usos y exposicion de mi informacion protegida de salud y derechos bajo Seguro de Salud Portabilidad y la rendicion de cuentas. Entiendo que pueden reservar el derecho a cambiar las condiciones del aviso vez en cuando y puedo estar en contacto con usted a cual quier tiempo para obtener la copia mas presente del aviso.

Entiendo que tengo el derecho a pedir restricciones en como mi informcaion protegida de salud es usada y exponido para mi tratamiento, pago, y las operaciones del cuidado de la salud, pero no estoy obligado aceptar estas restricciones. Sin embargo, si acepto, tengo que cumplir con estas restricciones.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito, a cualquier momento. Sin embargo cualquier uso que ocurrido antes de esta fecha que yo revocado no es afectado.

Imprimir Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Usted tiene el derecho:**

- Para considerado y respetuoso cuidado de enfermería coherentes con el sonido y las prácticas médicas
- A ser informado del nombre del médico responsable de coordinar su atención
- Para obtener del médico información completa, actualizada acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico en términos que razonablemente se puede esperar de entender
- Para recibir del médico la información necesaria para dar su consentimiento informado antes del inicio de cualquier procedimiento o tratamiento
- Para rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y ser informado de las consecuencias médicas de dicha acción; Usted todavía puede obtener otro tipo de tutela
- A la privacidad en la medida compatible con la prestación de atención médica adecuada para usted
- A la privacidad y confidencialidad de todos los registros relacionados con el tratamiento, salvo disposición en contrario por la ley o tercer contrato de pago las partes, y para acceder a los registros
- A revisar sus registros médicos y si es necesario se los expliquen a usted
- Para saber qué tipos de cuidado puede estar disponible para usted
- Para saber lo que puede costar su tratamiento

**Usted tiene la responsabilidad:**

- Proporcionar toda la información sobre su atención más allá, la enfermedad y la medicación a su médico
- Para de ser considerado para las necesidades de los demás en la oficina
- Proporcionar toda la información de seguro cuando se le solicite, y siguiendo los requisitos de su plan de seguro individual para la búsqueda de tratamiento con el doctor

Imprimir Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





**Autorizacion para Emitir Informacion**  
**POR FAVOR LLENE ESTA FORMA EN COMPLETO**

1. Yo solicito y autorizo NJ Vein Care que emite informacion desde los registro(s) de salud para :

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social \_\_\_\_\_

**Entiendo que esta autorizacion incluye permiso para emitir informacion relacionada de la historia, diagnosis y tratamiento de cual quier problema psychiatric, enfermedad mental, abuso de drogas, alcoholismo, enfermedad transmitida sexualmente, AIDS, o infeccion VIH/SIDA.**

2. La informacion se va a enviar al ( nombre del doctor, hospital, persona o organizacion donde los registros tienen que ser enviados) :

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

Direccion: \_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

3. La informacion que va emitir y los registros para mandar incluye (por favor incluye fechas del tratamiento y registros especificos) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Razon para emitir los registros (circulo): Seguro/ Maneras Legales/ Comercializacion/ Recaudacion de fondos/ Otro (explique):

\_\_\_\_\_

5. Entiendo el autorizacion y que puede ser revocada a cualquier tiempo por la persona dando la autorizacion, con una nota escrita con la fecha, excepto a la medida de divulgacion hecho en buena fe ya estado hecho antes del recibo del divulgacion.

6. Entiendo que mi tratamiento no esta en condicion para esta autorizacion.

7. Entiendo que esta autorizacion es especifico solo para la persona de arriba y expira en 90 dias despues del firme.

8. Entiendo que la informacion usada no puede ser protegida por la ley federal privada.

9. Entiendo que pueden cobrar por obtener copias de mis registros siguiendo a la cuota establecido de bajo del codigo Administrativo de New Jersey.

10. Si la informacion incluye informacion de salud mental, reconozco que New Jersey tiene privilegio legal segun la comunicacion confidencial entre el paciente y un psicologo licenciado y emitir esa informacion puede renunciar este privilegio.

11. Entiendo que esta autorizaion es por propositos comercializacion que NJ Vein Care puede recibir directo o indirecto compensacion.

Imprimir Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Firma del paciente o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_