



Nombre de Paciente: _____ Genero: Hombre Mujer

Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Seguridad Social: _____

Direccion: _____ Ciudad: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Estado Marcial: Soltero Casado Separado Divorciado Viuda

Raza:

- Indio Americano Asiatico AfroAmericano
- Hispano Nativo Americano Americano
- Negarse a Especificar

Idioma Preferido: Ingles Espaniol Polaco Italiano Otro: _____

Contacto de Emergencia: Nombre / Numero: _____

Direccion de Correo Electronico: _____

Ocupacion: _____ Empleador: _____

Direccion de Negocio: _____

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 corazon	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Falta de respiracion	<input type="checkbox"/> Presion alta
<input type="checkbox"/> Enfermedad de los pulmones	<input type="checkbox"/> Coagulos 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"/> Hinchazon de las piernas	<input type="checkbox"/> Ulceras de las piernas
<input type="checkbox"/> Ulceras del estomago	<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Aranas vasculares	<input type="checkbox"/> Otras

Historia de Familia. (Cheque todas que aplican)

	Padre	Madre	Hermanos	Otros
<input type="checkbox"/> Coagulos 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"/> Ulceras 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 Corazon	<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"/> Presion Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Colesterol Alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hay otra informacion medico que usted quiere compartir?



NJ Vein Care
Advanced Venous Therapy

Depilación Historia Formulario

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Para Mujeres) Esta o puede estar embarazada?	Si	No
(Para Mujeres) son períodos menstruales regulares, o ha sido alguna vez diagnosticado con Trastorno de ovario poliquístico?	Si	No
Tiene una historia de luz inducida por convulsiones?	Si	No
En caso afirmativo, por favor explique:		
Tiene o ha tenido alguna vez cualquier tipo de unos trastornos de la piel, como eczema, vitiligo, melisma, psoriasis, dermatitis alérgica, las enfermedades que afectan el colágeno incluyendo el síndrome de Ehlers-Danlos, la esclerodermia, el cáncer de piel: o cualquier otra condición de la piel?	Si	No
En caso afirmativo, por favor explique:		
Tiene antecedentes de cicatrices queloides (extra grandes cicatrices) o formación de cicatriz hipertrófica?	Si	No
Tiene antecedentes de herpes I o II?	Si	No
Alguna vez el herpes labial, erupciones cutáneas, llagas o lesiones?	Si	No
En los últimos seis (6) meses, ha usado alguno de los siguientes: anticoagulantes o medicamentos anticoagulantes; fotosensibilizante medicamentos; o medicamentos antiinflamatorios?	Si	No
En caso afirmativo, indique el nombre del producto y cuando se utiliza la última:		
En los últimos tres (3) meses, ha utilizado alguno de los siguientes productos: ácido glicólico u otro hidroxí alfa o beta hidroxíácidos productos: exfoliante o repavimentación de productos o tratamientos? Tales como la dermoabrasión o un peeling químico?	Si	No
En caso afirmativo, indique el nombre del producto; y cuando se utiliza:		
Ha tomado tretinoína (como Retin-A, Renova) en los últimos 6 meses?	Si	No
En caso afirmativo, cuándo empezaste? Cuándo dejó?		
Ha tomado Accutaine (o productos que contengan isotretinoína) en los últimos 12 meses?	Si	No
En caso afirmativo, cuándo empezaste? Cuándo dejó?		
Ha tenido alguna exposición al sol sin protección, cremas bronceadoras utilizados (incluyendo lociones de bronceado sin sol) o camas de bronceado o lámparas en las últimas 4-6 semanas?	Si	No
En caso afirmativo, cuándo empezaste? Cuándo dejó?		
Tiene o ha tenido alguna vez alguna Botulinums, como Botox o Dysport?	Si	No
En caso afirmativo, indique las ubicaciones sobre o en el cuerpo y fechas:		
Tiene o ha tenido alguna vez algún maquillaje permanente, tatuajes, implantes o rellenos, incluyendo, pero no limitado a, colágeno, grasa autóloga, Restylane, etc?	Si	No
En caso afirmativo, indique los lugares y fechas?		
Ha tenido algún tipo de tratamiento para el vello facial / corporal no deseado en el pasado?	Si	No
En caso afirmativo; Que tipo? Cuando empezaste? Cuándo dejó?		
Ha tenido complicaciones con tratamientos cosméticos o cirugía en el pasado?	Si	No
En caso afirmativo; Que tipo? Qué complicación?		

HOJA DE TRABAJO QUE PULSA LA PIEL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Calificar:		0	1	2	3	4
	Qual es tu color de ojo?	Azul claro o Gris	Azul o Verde	Hazel, marrón claro	Marron oscuro	Negro pardusco
	Qual es tu color natural de pelo?	Rojo, Rojo de Sandy	Rubia	Rubio oscuro, Castaño	Marron oscuro	Negro
	Qual es tu color de piel (áreas no expuestas)?	Rojizo	Muy pálido	Pálido con el tinte amarillento	Marrón claro	Marrom oscuro
	Tiene usted pecas en áreas expuestas al sol?	Mucho	Varios	Poco	Incidental	Ninguno
	Qué pasa cuando te quedas en el sol demasiado tiempo?	Enrojecimiento doloroso, ampollas, exfoliación	Formación de ampollas, seguido por pelado	Burns, a veces seguida por descamación	Rara vez se quema	Nunca he tenido quemaduras
	Hasta qué punto cree usted que se pone marrón?	Casi nunca o	Poco Bronceada	Razonable bronceado	Muy facilmente	Marrón oscuro rápidamente
	Se vuelven marrones varias horas después de la exposición al sol?	Nunca	Raramente	Algunas veces	Mucho	Siempre
	Cómo responde su cara al sol?	Muy sensible	Sensible	Normal	Muy resistente	Nunca tenido un problema
	Cuándo era la ultima vez que estaba en sol, cabina de bronceado o autobronceadores cremas?	Hace mas de 3 meses	Hace 2-3 meses	Hace 1-2 meses	Hace un mes	Hace 2 semanas
	Con qué frecuencia es el área que desea tratado expuesto al sol?	Nunca	Casi nunca	Algunas veces	Mucho	Siempre

Añadir anteriormente para Puntaje total:	Correspondientes a su puntuación total con el correspondiente tipo de piel:	Fitzpatrick Tipo de piel:
_____	0-7	I
	8-16	II
	17-25	III
	26-30	IV
	Mas de 30	V-VI



UBICACIÓN DE PELO EXCESIVO

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(Por favor marque todas las aplicables)

Patillas	Pecho	Cuello	Areola	Cejas
Hombro	Glutea	Espalda	Underarm	Toda Cara
Nariz	Brasos	Abdomen	Orejas	Bikini
Lavio	Barbilla	Manos	Pies	Piernas
Flanco	Sacro	Barba		

Certifico que las declaraciones de la historia clínica, personal, y de la piel precedentes son verdaderas y correctas. Soy consciente de que es mi responsabilidad informar al Médico y personal de NJ VeinCare de mis condiciones médicas / de salud actuales y actualizar esta historia, según sea necesario. Entiendo que una historia médica actual es esencial para el Doctor para ejecutar procedimientos de tratamiento apropiados. Entiendo que la depilación láser no es inmediatamente permanente y que una serie de tratamientos es necesaria para lograr una reducción permanente del pelo. Entiendo que el éxito de los tratamientos depende en gran parte de mi colaboración con mi programa de tratamiento y las recomendaciones hechas por el técnico de láser. Estoy de acuerdo en informar al técnico de cualquier cambio en mi piel después del tratamiento, así como los cambios en mi salud en general.

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Doctor: _____ Fecha: _____



Nuestra Política Financiera Práctica

Con el fin de reducir la confusión y la incomprensión 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 _____