



The Cardiovascular Care Group

Experience, Integrity, Innovation - Since 1963



Proudly Featuring the Vein Institute of New Jersey

Antes de llegar a su primera cita, revise y complete la lista de verificación de documentación a continuación:

- Formulario de información del paciente (descargado de nuestra página web)
- Formulario de historial médico del paciente (descargado de nuestra página web)
- Lista de medicamentos (“enumere” todos los medicamentos en los formularios descargados de nuestra página web)
- Tarjetas de seguro
- Películas o informes (si fuese necesario)
- Derivación o solicitud de receta para ver a nuestros especialistas (si fuese requerido)
- ¿Copago/deducibles adeudados? (aceptamos efectivo, cheques, Master Card, Visa, American Express)

También le pedimos que se comuniqué con su compañía de seguros y verifique con ellos que el médico que le atiende en nuestro consultorio participa en su plan de seguro. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamarnos al 973-759-9000.

Esperamos verle.

www.tcvcg.com

973-759-9000



The Cardiovascular Care Group

Experience, Integrity, Innovation - Since 1963



Proudly Featuring the Vein Institute of New Jersey

Información del paciente:

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Sexo: M F
Dirección: _____ Núm. de apartamento _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Núm. de celular: _____ Núm. de teléfono de casa: _____ Núm. de teléfono del trabajo: _____
Estado civil: _____ Raza _____ Etnia _____ Idioma _____ Núm. de seguro social: _____
Correo electrónico: _____ Método de contacto preferido: Celular _____ Casa _____ Trabajo _____
¿Cómo se enteró por primera vez acerca de The Cardiovascular Care Group? _____

Información del seguro:

Nombre del seguro principal: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el asegurado: _____ Usted mismo _____ Cónyuge _____ Otro _____
Nombre del seguro secundario: _____ Nombre del suscriptor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Relación con el asegurado: _____ Usted mismo _____ Cónyuge _____ Otro _____

Médico referente: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Médico de atención primaria: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Centro de diálisis: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

Farmacia: _____ Dirección: _____

¿Podemos contactar a su farmacia? SÍ NO

Contacto de emergencia: _____ Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

¿Autorizado para hablar sobre información médica? SÍ NO

Entiendo y acepto que, independientemente del estado de mi seguro, soy el responsable final del saldo de mi cuenta. Autorizo el pago de beneficios médicos a The Cardiovascular Care Group. Autorizo a The Cardiovascular Care Group a usar o divulgar cualquier información para tratamientos, pagos y operaciones de atención médica. Autorizo que los médicos o empleados de The Cardiovascular Care Group puedan contactarme por todos los medios necesarios o dejarme un mensaje si no pueden contactarme directamente.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____



The Cardiovascular Care Group

Experience, Integrity, Innovation - Since 1963



Proudly Featuring the Vein Institute of New Jersey

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA: _____

1. CON RESPECTO A SU HISTORIA MÉDICA PASADA:

	SÍ	NO
1. ¿Tiene PRESIÓN ARTERIAL ALTA?		
2. ¿Tiene DIABETES?		
3. Si es así, ¿toma INSULINA?		
4. ¿Tiene PROBLEMAS CARDÍACOS? Si es así, ¿qué afección? _____		
5. ¿Tiene un MARCAPASOS, DESFIBRILADOR o MONITOR DE BUCLE? ¿Cuál? _____		
6. ¿Ha tenido un ATAQUE CARDÍACO previo? Si es así, ¿En qué año? _____		
7. ¿Tiene ANGINA?		
8. ¿Tiene COLESTEROL ALTO?		
9. ¿Tiene ENFERMEDAD PULMONAR? Si es así, enumere _____		
10. ¿Tiene ENFERMEDAD RENAL?		
11. Si es así, ¿se somete a DIÁLISIS? ¿Cuándo empezó? _____		
12. ¿Tiene problemas con su HÍGADO?		
13. ¿Alguna vez ha tenido un DERRAME CEREBRAL O ATAQUE ISQUÉMICO TRANSITORIO (TIA)?		
14. ¿Tiene ARTRITIS REUMATOIDEA?		
15. ¿Alguna vez ha tenido CÁNCER?		
16. ¿Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Si es así, ¿cuándo? _____		
17. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe? Si es así, ¿cuándo? _____		

2. ENUMERE TODOS SUS MEDICAMENTOS – incluya suplementos y hierbas:

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	FRECUENCIA

3. ENUMERE CUALQUIER ALERGIA QUE TENGA:

4. ¿HA TENIDO ALGUNA CIRUGÍA PREVIA? Si es así, enumere:

OPERACIÓN REALIZADA	AÑO

NOMBRE: _____

5. CON RESPECTO A SU HISTORIA SOCIAL:

	SÍ	NO
1. ¿Está trabajando actualmente? Si es así, ¿qué tipo de trabajo? _____		
2. Si no es así, ¿está retirado? Si es así, ¿de qué? _____		
3. ¿Ha estado expuesto a alguna toxina conocida? Si es así, enumere _____		
4. ¿Fuma actualmente? Si es así, ¿cuánto? _____		
5. Si no es así, ¿alguna vez ha fumado regularmente? Si es así, ¿cuándo? _____		
6. ¿Bebe alcohol? Si es así, ¿cuánto? _____		
7. ¿Vive solo? Si no es así, ¿con quién vive? _____		

6. CON RESPECTO A LA HISTORIA DE SU FAMILIA:

	MADRE		PADRE		HERMANOS	
	SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO
¿Vivos?						
Edad a la que murió o edad actual						
Causa de muerte						
¿Diabetes?						
¿Enfermedad cardíaca?						
¿Presión arterial alta?						
¿Cáncer? Si es así, especifique:						

7. CONDICIÓN GENERAL (EXPLIQUE TODAS LAS RESPUESTAS "SÍ"):

	SÍ	NO	EXPLICACIÓN, SI FUESE NECESARIO
1. ¿Ha tenido FIEBRE persistente?			
2. ¿Ha PERDIDO/AUMENTADO PESO en los últimos 6 meses?			
3. ¿Ha estado excesivamente FATIGADO O IRRITABLE?			
4. ¿Ha tenido problemas con sus OJOS?			
5. ¿Ha tenido PÉRDIDA PARCIAL DE LA VISIÓN en algún ojo?			
6. ¿Ha tenido problemas con sus OÍDOS?			
7. ¿Ha tenido PROBLEMAS PARA DEGLUTIR?			
8. ¿Ha tenido PROBLEMAS DENTALES?			
9. ¿Ha tenido DOLORES EN EL PECHO O PALPITACIONES?			
10. ¿Ha tenido DOLOR EN EL HOMBRO O CUELLO?			
11. ¿Tiene DOLOR EN SU(S) PIERNA(S) cuando camina?			¿Cuál pierna? DERECHA IZQUIERDA
12. ¿Qué tan lejos puede caminar (en cuerdas)?			
13. ¿Se le hinchan los TOBILLOS?			
14. ¿Alguna vez ha tenido FLEBITIS O TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (DVT)?			
15. ¿Tiene DIFICULTAD PARA RESPIRAR?			
16. ¿Tiene TOS o produce ESPUTO?			
17. ¿Tiene NÁUSEAS, VÓMITOS O DIARREA?			
18. ¿Ha tenido SANGRE en LA ORINA O LAS HECES?			
19. ¿Tiene problemas para ORINAR?			
20. ¿Tiene DOLORES EN LA ARTICULACIONES (rodilla, codo, hombros)?			
21. ¿Se hace MORETONES FÁCILMENTE?			
22. ¿Tiene DECOLORACIÓN en la piel?			
23. ¿Tiene MAREOS O ENTUMECIMIENTO?			
24. ¿Tiene dificultad para HABLAR?			
25. ***¿Alguna afección médica ADICIONAL no mencionada anteriormente? ¡Enumere!			



The Cardiovascular Care Group

Experience, Integrity, Innovation - Since 1963



Proudly Featuring the Vein Institute of New Jersey

RECONOCIMIENTO DE NUESTRO AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD/CONSENTIMIENTOS

Por la presente, reconozco que he recibido o se me ha dado la oportunidad de recibir una copia del aviso de prácticas de privacidad de The Cardiovascular Care Group. Al firmar a continuación, "solo" reconozco que he recibido o que he tenido la oportunidad de recibir/leer el aviso de prácticas de privacidad.



Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma

Fecha

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA CORREO ELECTRÓNICO

Entiendo los riesgos asociados con la comunicación por correo electrónico entre mi proveedor y yo, y doy mi consentimiento para el uso del correo electrónico. Si bien The Cardiovascular Care Group utilizará medios razonables para proteger la seguridad y confidencialidad de la información del correo electrónico, entiendo que no pueden garantizar la seguridad y confidencialidad de la comunicación por correo electrónico. The Cardiovascular Care Group no reenviará correos electrónicos a terceros independientes, excepto según lo autorizado o requerido por la ley. También acepto que The Cardiovascular Care Group no será responsable por la divulgación inadecuada de información confidencial que no sea causada por mala conducta intencional.



Nombre del paciente (EN LETRA DE IMPRENTA)

Firma

Fecha



The Cardiovascular Care Group

Experience, Integrity, Innovation - Since 1963



Proudly Featuring the Vein Institute of New Jersey

POLÍTICA FINANCIERA DE THE CARDIOVASCULAR CARE GROUP

Debido a que los beneficios y la cobertura de atención médica se han vuelto cada vez más complejos, hemos desarrollado esta política para detallar nuestros requisitos financieros para ayudarle a comprender mejor sus responsabilidades. Al registrarse para su cita, le pediremos su firma solicitando que haya leído, entendido y aceptado nuestra política financiera.

Es su responsabilidad saber si su seguro tiene reglas o regulaciones específicas, como la necesidad de derivaciones de un médico de atención primaria, precertificación, límites de cargos ambulatorios, servicios cosméticos no cubiertos, médicos específicos u hospitales para usar. Debe reconocer todos los deducibles, copagos y coseguros. Esto se aplica a todos los pagadores, independientemente de si nuestros médicos participan o no.

Si se someterá a un procedimiento cosmético (escleroterapia por inyección, tratamiento con láser de superficie, Botox o Juvéderm), se requiere el pago en el momento en que se prestan los servicios. No presentamos reclamaciones por estos procedimientos a terceros pagadores.

El pago de los honorarios por los servicios es responsabilidad directa del paciente. Su plan de beneficios de salud implica un acuerdo entre usted, el afiliado y la compañía de seguros, HMO o su empleador. Su plan de beneficios de salud determina su cobertura, requisitos y establece el límite de su cobertura de servicios médicos según lo que la compañía de seguros determine que es médicamente necesario. Haremos todo lo posible para ayudarle a comprender su tratamiento propuesto y responder preguntas relacionadas con su seguro.

Calendario de política de pago*:

Copagos	El pago se hará por completo al momento del servicio.
Deducible y coseguro	El pago se hará por completo al momento del servicio.
Servicio no cubierto	El pago se hará por completo al momento del servicio.
Plan de seguro no participante	El pago se hará por completo al momento del servicio.

Otros cargos/pagos*:

Pago por cita perdida El consultorio requiere un aviso de al menos 24 horas para cancelar una cita. Si no se proporciona este aviso, se aplicará un cargo de \$25.00 a su cuenta.

Pago refactorable \$10.00

Pago por devolución de cheque \$25.00

* Sujetos a cambio en cualquier momento

Nos damos cuenta de que la atención médica puede ser muy costosa. Si tiene inquietudes sobre su capacidad para pagar los servicios, le pedimos que se comunique con nosotros para recibir asistencia en la administración de su cuenta.

Si tiene alguna pregunta con respecto a nuestras políticas financieras, le recomendamos que pregunte. Es nuestro objetivo, no solo brindar la mejor calidad de atención médica, sino ayudarle respondiendo cualquier pregunta que pueda tener.

He leído la política financiera del consultorio y acepto todos los términos y condiciones.

Firma: _____ Fecha: _____

