



Interventional
and Vascular Care

12840 Hillcrest Rd., #E104
Dallas, Tx 75230
Ph: 469-828-6166

Patient Information (Informacion al Paciente)

Date (Fecha): _____

Last Name (Apellido): _____ First Name (Nombre): _____

Address (Direccion): _____

City/State/Zip (Ciudad/Estado/Codigo postal): _____

DOB (Fecha De Nacimiento): _____ Age (Edad): _____ Sex (Sexo): M F SSN: _____

Marital Status (Estado civil): _____ Race/Ethnicity (Raza/Etnicidad): _____

Language (Idioma): _____ Email Address (Correo electronico): _____

Home Phone (Telefono del hogar): _____

Cell Phone (Telefono celular): _____

Employer (Empleador): _____ Occupation (Ocupacion): _____

Employment status (Estatus laboral): _____

Emergency Contact (Contacto de emergencia): _____ Relationship (Relacion): _____

Emergency Contact Phone (Telefono de contacto de Emergencia): _____

If Patient is a minor (Si el Paciente es menor de edad):

Guardian's Name (Nombre del Guardian): _____ DOB: _____

SSN: _____

Primary Care Physician (Medico de Atencion Primaria): _____ Phone (Telefono): _____

Referring Physician (Medico de Referencia): _____ Phone (Telefono): _____

If not a referring physician, who referred you to our practice (Si no es un medico de referencia quien lo referio a nuestra practica):

Pharmacy (Farmacia): _____ City (Ciudad): _____ Phone (Telefono): _____

Interventional and Vascular Care Insurance Information (Informacion del Seguro)

Primary Ins (Aseguranza Principal): _____ Address (Direccion): _____

Primary Ins Phone (Telefono de Aseguranza): _____ Insured's Name (Nombre del asegurado): _____

DOB: _____ SSN _____ Insured's ID (ID# de asegurado): _____

Group# (Grupo #): _____ Relation (Relacion): _____

Secondary Ins (Aseguranza Secundaria): _____ Address (Direccion): _____

Phone (Telefono): _____ Insured's Name (Nombre del Asegurado): _____

DOB: _____ SSN _____ Insured's ID# (ID# de Asegurado): _____

Group# (Grupo #): _____ Relation (Relacion): _____

Assignment and Release

I, the undersigned, certify that I (or my dependent) have insurance coverage with the above listed Insurance Company (ies) and assign directly to Interventional and Vascular Care, Inc. all insurance benefits, if any, otherwise payable to me for services rendered. I understand that I am financially responsible for all charges whether or not paid by insurance; I hereby authorize the doctor to release all information necessary to secure the payment of benefits. I authorize the use of this signature on all insurance submissions.

Responsible Party Signature _____ Relationship _____

Date _____

Asignación y liberación

Yo, el abajo firmante, certifico que yo (o mi dependiente) tenemos cobertura de seguro con la (s) compañía (s) de seguros mencionada anteriormente y le asigno directamente a intervencional y vascular Care, Inc. todos los beneficios de seguro, si los hubiere, de lo contrario pagadero a mí por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos que sean o no pagados por el seguro; Por la presente autorizo al doctor a que libere toda la información necesaria para asegurar el pago de los beneficios. Autorizo el uso de esta firma en todas las presentaciones de seguros.

Firma del Partido responsable: _____ Relacion: _____

Fecha: _____

Interventional and Vascular Care

POLITICA FINANCIERA

Estamos dedicados a brindarle con el fin atencion medica de calidad. Para Lograr Este objetivo, requerimos que usted tenga una comprension completa de no solo Nuestra necesidad de una historia medica completa, sino Tambien las politicas financieras de esta oficina.

Archivaremos Medicare y la mayoria de los seguros secundarios.Sin embargo,debe presentarnos con informacion completa y precisa.

Verificaremos su cobertura de Seguro de su visita y presenter su HMO o PPO. Usted sera responsable de hacer copagos, deducible y coaseguro en el momento de su visita.

Para Nuestro Paciente quirurgico,usted sera contactado por esta oficina antes de su cirugia y se le informara de cualquier cantidad que usted adeude.El pago se espera antes de la fecha de la cirujia si por alguna razon sus reclamos de Seguro se anteponen para la informacion que debe ser recibida de usted y usted no ha respondido a su portador dentro de su marco de tiempo asignado usted sera responsable del balance completo.Ejemplos de estas situaciones son reclamaciones por detalles de accidentes,coordinacion de beneficios o el estatus de estudiante de un NiNo.

Estaremos encantados de completar los formularios de incapacidad o el trabajo en papel de FMLA. Este proceso suele tardar de dos a tres semanas. El costo es de \$25.00 por formulario.

La documentacion completada debe recogerse en nuestra oficina, momento en el que se recaudara la tarifa, de \$25.00 No vamos a enviar estos formularios,deben ser recibidos.

Apreciamos su cooperacion. Si usted debe tener preguntas,sientase por favor libre de discutir las con el personal.

He, Leido y recibido una copia de la politica financiera anterior de Interventional and vascular Care, Inc.

Nombre de la parte responsable (Impresion) : _____

Firma de la parte responsable:_____ Fecha:_____

AVISO DE POLITICAS Y PRACTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE COMO LA INFORMACION SOBRE USTED PUEDE SER UTILIZADA Y DILVUGADA Y COMO USTED PUEDE CONSEGUIR ACCESO A ESTA INFORMACION.PORFAVOR, REPASE ATETAMENTE.

INTRODUCCION

En Interventional and Vascular Care, Inc., Estamos comprometidos a tratar y usar Informacion de salud protegida sobre usted responsablemente. Este aviso describe la informacion personal que recopilamos, como y cuando usamos o divulgamos esa informacion. Tambien describe sus derechos a medida que se relacionan con su informacion de salud protegida. Este aviso es efectivo el 14, de Abril de 2013 y se aplica atoda la informacion de salud protegida segun lo definido por las regulaciones federales.

COMPRENDER SU EXPEDIENTE MEDICO/INFORMACION DE SALUD

Cada vez que visite Interventional and Care, Inc , un registro de su visita se hace. Tipicamente,este registro contiene informacion sobre su visita,incluyendo su examen, Diagnosticos,resultados de las Pruebas,tratamiento, asi como otros datos de salud pertinentes.Esta informacion frecuentemente referida como su expediente medico o de salud,sirve como a;

- Medios de comunicacion con los profesionales sanitarios involucrados en su Cuidado
- Documento Legal delineando y describiendo la atencion que recibio
- Una herramienta que usted o otro pagador (Su Compania de Seguros)utilizara Para verificar que los servicios facturados se Proporcionaron de forma actual.
- Una herramienta educative para los proveedores de salud medica.
- Una Fuente de investigacion medica
- Los Funcionarios de salud publica que podrian utilizar esta informacion para evaluar y/o mejorar los estandares de salud nacionales y estatales
- Una Fuente de datos para la planificacion y/o comercializacion
- Una herramienta que Podemos referenciar para asegurar la mas alta calidad de la Atencion y la satisfaccion del paciente

Entender lo que esta en su expediente medico y como se utiliza su informacion de Salud le ayuda a asegurar su exactitude,determinar que entidades tienen acceso a su informacion de salud, y tomar una decision informada al autorizar la divulgacion de esta informacion de salud, y tomar una decision informada al autorizar la divulgacion de esta informacion a otros individuos.

SUS DERECHOS

Usted tiene ciertos derechos bajo los estándares federales de privacidad. Estos Incluyen:

- El derecho a solicitar restricciones sobre el uso y divulgación de su información de Salud protegida
- El derecho a recibir comunicaciones confidenciales sobre su condición médica y Tratamiento
- El derecho de inspeccionar y copiar su información de salud protegida
- El derecho a enmendar o enviar correcciones a su información de Salud Protegida
- El derecho a recibir una contabilidad de cómo y a quién se ha divulgado su Información de salud protegida
- El derecho a recibir una copia impresa de este aviso

NUESTRAS RESPONSABILIDADES

Interventional and Vascular Care, Inc, es requerido de:

- Mantener la privacidad de su información de salud
- Proporcionarle este aviso en cuanto a nuestras obligaciones legales y prácticas de Privacidad que recopilamos y mantenemos sobre usted
- Cumplir con los términos de este aviso
- Notificarle si no podemos aceptar una restricción solicitada
- Las peticiones que usted puede tener con respecto a la comunicación de información De salud a través de ubicaciones de medios alternativos

Según lo permita la ley, nos reservamos el derecho de modificar o modificar nuestras Políticas y prácticas de privacidad. Estos cambios en nuestras políticas y prácticas pueden ser requeridos por cambios en las leyes y regulaciones federales y estatales

Sea cual sea la razón para estas revisiones, le proporcionaremos un aviso revisado en su próxima visita a la oficina. Las Políticas y prácticas revisadas se aplicarán a toda la información de salud protegida que mantenemos. No utilizaremos ni revelaremos su

Información de salud sin su autorización, excepto como se describe en este aviso. También suspendiremos el uso de su información de salud después de que hayamos recibido una revocación por escrito de la autorización de acuerdo con los procedimientos incluidos en la autorización.

COMO PODEMOS USAR Y /O DIVULGAR SU INFORMACION DE SALUD:

Utilizaremos su información médica para el tratamiento: Su información de salud puede ser utilizada por los miembros del personal de revelado a otras profesiones de cuidado de la salud

Para la evaluación de su salud, el diagnóstico de las condiciones médicas, y proporcionar tratamiento. por ejemplo: los resultados de las pruebas de laboratorio y los procedimientos estarán disponibles para su expediente médico a todos los profesionales de la salud que pueden proporcionar tratamiento o que pueden ser consultados.

Utilizaremos su información para el pago:

Su plan de salud puede solicitar y recibir información sobre las fechas de servicio, los servicios prestados y la condición médica tratada con el fin de pagar el servicio prestado a usted.

Utilizaremos su información para las operaciones regulares de salud:

Su información de salud puede ser utilizada según sea necesario para apoyar el día actividades

Y administración de la atención de INTERVENTIONAL AND VASCULAR CARE, INC. por ejemplo:

Informacion sobre los servicios que recibio puede utilizarse para apoyar la presupuestacion y los informes financieros,y actividades para evaluar y promover la calidad.

Socios Comerciales: En algunos casos, hemos contratado a las entidades de la tarifa de las sepa P8 para proporcionar el servicio para nosotros . Estos “Associates” requieren su informacion de salud con el fin de llevar a cabo las tareas que les pedimos que proporcione. Algunos ejemplos de estos “Business Associates” podriar ser servicio de facturacion ,agencia de cobro, servicios de contestador y Sotware/Hardware de la computadora proveedor.

Comunicacion con la familia: Debido a la naturaleza de nuestro campo,utilizaremos nuestro mayor juicio al revelar informacion de salud a un miembro de la familia, a otros parientes o a cualquier persona que este involucrada en su cuidado o que usted haya autorizado para recibir esta informacion. Por favor, informe a la practica cuando usted no desea que un miembro de la familia o otra persona tenga autorizacion para recibir nuestra informacion.

Investigacion/Ensenanza/Entrenamiento: Podremos utilizar su informacion para fines de investigacion,ensenanza y entrenamiento.

Supervicion de la atencion sanitaria: La ley federal nos obligue a divulgar su informacion a una agencia de salud apropiada,una Autoridad de salud publica o un abogado, o otra persona designado federal/estatal si hay circunstancias que nos exigen hacerlo.

Informes de Salud Publica: Su informacion de salud puede ser revelada a las agencias Policiales,sin su permiso para apoyar auditorias y inspecciones del gobierno,facilitar Las investigaciones policiales y cumplir con los informes obligatorios del gobierno.

Recordatorio de Cita: La Practica puede utilizar su informacion para recordarle acerca De las proximas citas.Normalmente, los recordatorios de citas se envian por correo en un Sobre cerrado,o un breve mensaje no especifico puede dejarse en el contestador automatico Si no aprueba estos metodos,o si prefiere metodos alternativos,informe a la practica.

Otros usos y divulgaciones: La divulgacion de su informacion de salud o su uso para cualquier proposito que no sea el mencionado sobre requiere su autorizacion escrita especifica.

Si cambia de opinion despues de autorizar el uso de la divulgacion de su informacion,puede Someter una revocacion por escrito de la autorizacion.Sin embargo,su decision de revocar la Autorizacion no afectera ni deshara ningun uso o divulgacion de la informacion que se haya producido antes de notificarnos su decision.

PARA MAS INFORMACION O PARA REPORTAR UN PROBLEMA

Si tienes quejas,preguntas o desea informacion adicional sobre este aviso o las Parcicas de privacidad de INTERVENTIONAL AND VASCULAR CARE, INC. Por favor De comunicarse con:

Kelly Phariss
INTERVENTIONAL AND VASCULAR CARE ,INC.
12840 hillcrest Rd.,#E104
Dallas, Tx 75230
Ph:469-828-6166

Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, por favor comuniquese con El oficial de Privacidad mencionado anteriormente o puede presentar una queja ante el oficial de derechos Civiles,Departamento de salud y servicios humanos de los Estados Unidos. No Habra represalia por presentar una queja ante el funcionario de privacidad de la practica o con La oficina de Derechos Civiles. La dirreccion de los Derechos Civiles de la oficina se enumeran a continuacion.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES
Departamento de Salud y Servicio humano de los Estados Unidos
200 Independence Avenue,S.W., Room 509F,HHH Building
Washington,D.C.20201

AVISO DE PROCEDIMIENTOS DE PRIVACIDAD

He recibido una copia del aviso de Procedimientos de Privacidad de Interventional and Vascular Care , que explica como se utilizara y divulgara mi informacion medica.Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento para mis registros.

**Signature of Patient (Paciente Firma)
Or Personal Representative
(O Representante Personal)**

Date (Fecha)

**Printed Name of Above Signature
(Nombre Impreso de la Firma anterior)**

**Relation to Patient if Signed by Representative
(La relacion al Paciente si es firmada por el Representante)**

**Interventional and Vascular Care Witness
(Testigo de Interventional and Vascular Care)**

**Interventional and Vascular Care
Privacy Information (Informacion de Privacidad)**

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

1. Please list the names of family members or other persons, if any, who we may inform about your general medical condition and your diagnosis (Por favor anumere los nombres de los miembros de la familia o otras personas, en su casa, a quienes podemos informar sobre su condicion medica general y su diagnostico):

2. Please list the names and phone numbers of family members or significant others, if any, whom we may inform about your medical condition ONLY IN AN EMERGENCY (Por favor anumere los nombres y numeros de telefono de los miembros de la familia o otros significativos, a quienes podemos informar sobre su condicion medica Solo en caso de emergencia):

3. Please print the address of where you would like your billing statements and/or correspondence from our office to be sent if other than your home (Por favor anote la direccion de donde desea que sus Estado de Cuenta y/o correspondencia de nuestra oficina sean enviados si no es su casa):

4. Please indicate if you want all correspondence from our office sent in a sealed envelope marked "CONFIDENTIAL" (Indique si desea que toda la correspondencia de nuestra oficina sea enviada en un sobre sellado y marcado como "CONFIDENTIAL"):

Yes (Si) No

5. Please print the telephone number, if any, where you want to receive calls about your appointments, lab and x-ray results, or other health care information if other than your home number (Por Favor anote el numero de telefono, si lo hay, donde desea recibir llamadas sobre sus citas, resultados de laboratorio y rayos x, otra informacion de atencion medica si no es su numero de casa): _____

6. Can confidential messages (i.e. appointment reminders) be left on your home answering machine or voicemail (Podemos dejar mensajes confidenciales (es decir, recordatorios de citas) en su contestador automatico o buzón de voz)?

Yes (Si) No

7. If you do not have voicemail, can a confidential message be left at your place of employment (Si no tiene buzón de voz, podemos dejar un mensaje confidencial en su lugar de trabajo)?

Yes (Si) No

Patient/Guardian signature (Paciente/Guardian Firma): _____ Date (Fecha): _____

By my signature below, I acknowledge that I have received the NOTICE OF PRIVACY POLICIES AND PRACTICES for Interventional and Vascular Care, Inc. (Por mi firma a continuación, reconozco que he recibido el aviso de políticas de privacidad y prácticas para intervencional y vascular Care, Inc.)

Patient/Guardian signature (Firma del paciente/guardian): _____ Date (Fecha): _____

Interventional and Vascular Care

CONSENTIMIENTO PARA OBTENER EL HISTORIAL DE MEDICAMENTO

EL historial de medicamento del Paciente es una lista de medicamentos recetados que nuestra Practica de Proveedores o otros Proveedores le han recetado Una Variedad de fuentes,incluyendo Farmacias y aseguradoras de salud contribuyen ala coleccion de la historia de medicamentos.

La informacion recopilada se almacena en el siatema de registro medico electronico de la Practica (HER/EMR) y se convierte en arte de su expediente medico personal.Historial de medicamentos es muy importante para ayudar a los proveedores de atencion medica a tartar sus sintomas y/o enfermedades adecuadamente y evitar interacciones de drogas potencialmente Peligrosas .

Es muy importante que usted y su proveedor analicen todos los medicamentos con el fin de asegurarse de que su historial de medicamentos registrados sea un 100% exacto.Algunas farmacias no hacen que la informacion sobre el historial de medicamentos este disponible,y su historail de medicamentos podria no incluir medicamentos no adquiridos sin el Seguro medico. Tambien sobre los farmacos de venta libre,suplementos,o remedios herbarios que los pacientes toman por su cuenta no pueden incluirse.

Doy mi permiso para permitir que mi proveedor de atencion medica obtenga mi historial de medicamentos de mi farmacia,mis planes de salud y mis otros proveedores de atencion medica.

Paciente/Guardian Firma

Fecha

Al Firmar este formulario de consentimiento,usted esta dando permiso a su Proveedor de atencion medica para recopilar informacion sobre su historial de medicamentos y da permiso a su farmacia y salud. al firmar este formulario de consentimiento, le está dando permiso a su proveedor de atención médica para recoger y dar a su farmacia y su aseguradora de salud permiso para divulgar información de sus recetas que se han llenado en cualquier farmacia o cubierto por cualquier salud Plan de seguro. Esto incluye medicamentos recetados para tratar el SIDA/VIH y los medicamentos utilizados para tratar la salud mental, como la depresión.

ACUERDO DE PAGO DE LIBERACION DE REGISTRO DE ASIGNACION DE BENEFICIOS

Este acuerdo se inscribe en esta fecha por y entre los denominados en lo sucesivo “Paciente” Y Interventional and Vascular Care, en adelante “Proveedor” .

Mientras que el Paciente desea recibir servicios de salud del Proveedor y desea asignar ciertos derechos y beneficios al Proveedor como un incentivo para causar que el Proveedor Espere el pago de tales beneficios,por el presente acuerdo:

SECCION 1. El Paciente asigna al Proveedor todos y cada uno de los beneficios pagados por el Seguro de los Pacientes o plan(es) de salud como resultado de los cargos incurridos por el paciente por los servicios prestados por el Proveedor. El Paciente tambien asigna al Proveedor cualquier y todos los derechos contractuales que el Paciente tiene contra cualquier compania de seguros,plan de beneficios de salud cualquier otra parte contractualmente responsable al paciente por el pago del costo de atencion medica incurrado por el paciente como resultado de los servicios prestados por el Proveedor.

Esta cesion de beneficios y derechos contractuales a esos beneficios no excedera el monto total de los cargos incurridos por el paciente por los servicios prestados por el Proveedor.

El Paciente acuerda que el pago de los servicios prestados por el Proveedor es debido ala recepcion de dichos servicios y Proveedores la aceptacion de la asignacion de los beneficios del Paciente es una conveniencia para el Paciente y que el Proveedor puede revocar esta asignacion en Cualquier momento.

SECCION 2. El Paciente por lo tanto dirige a todas las aseguradoras y otras personas responsables del costo de atencion medica del Paciente para hacer todos los pagos de los Servicios de salud prestados por el Proveedor.

SECCION 3. El Paciente se compromete a renunciar a cualquier estatuto aplicable de limitaciones que pueden en cualquier momento interferir con los derechos de los Proveedores a cobrar por los servicios prestados al Paciente.

SECCION 4. El Paciente acepta que en el caso de que el Paciente reciba cualquier borrador de cheque o otro pago sujeto a este acuerdo, el Paciente actuara como un agente fiduciario para el Proveedor y entregara inmediatamente dicho borrador de cheque o pago al Proveedor. El Proveedor acuerda aplicar el producto del cheque, borrador o pago ala deuda de los Pacientes Por servicios prestados.

SECCION 5. Una copia de este documento sera tan vinculante como el documento que lleva las firmas originales. En el momento en que se presente cada reclamacion,sera almacenada Para su custodia. En el expediente de los Pacientes puede ser recojido por el Paciente /asegurado en cualquier momento o voluntad a peticion del Paciente/asegurado o ser enviado por correo a la dirreccion designada.

SECCION 6. El Paciente se compromete a ser responsable de los deducibles o copagos requeridos por los terminos de cualquier Seguro o plan de salud aplicable.Un reembolso, O plan si lo hay se calculara al recibir el pago de su Compania de seguros.

SECCION 7. En el caso de cualquier seccion o dispocision de este acuerdo sea legalmente nula, Invalida o exigible,todas las demas secciones permaneceran en plena vigencia y efecto.

EN SU TESTIMONIO,este acuerdo ha sido explicado a la satisfaccion de los pacientes y teniendo el debido conocimiento y entendimiento entrado en el dia y ano establecido a Continuacion.

Patient Signature (Paciente Firma)

Date (Fecha)

Guardian (If Patient is a minor)
Guardian (Firma si el Paciente es menor)

Date (Fecha)

Witness (Testigo)

Date (Fecha)

Interventional and Vascular Care Confidential Health History

Name (Nombre): _____ Date (Fecha): _____

Reason for your visit (Motivo de su visita): _____

Family Medical History (Historia Médica Familiar)

	Mother (Madre)	Father (Padre)	Siblings (Hermano/a)
Age (Edad)			
Alive (Vivo)			
Deceased (Difuntos)			
Back problems (Problemas de Espalda)			
Diabetes			
Heart Disease (Enfermedad Cardíaca)			
Stroke (Ataque)			
Thyroid (Tiroides)			
High blood pressure (Presión Alta)			
Lung Disease (Enfermedad Pulmonar)			
Cirrhosis (Cirrosis)			
Cancer			
Other (Otro)			

Social History (Historia Social)

Tobacco	Y (SI)	No	# packs/day (Paquetes al Día ?)
Caffeine (Cafeína)	Y (SI)	No	
Alcohol	Y (SI)	No	

ALLERGIES/ALLERGIAS:

Are you allergic to any medications? Yes / No If so, please list:
(Es usted Alérgico a algún Medicamento?) Si/No (Si es así Por favor Enumere?)

Have you had a reaction to X-ray dye? Yes / No
(Ha tenido una reacción al tinte de Rayos X ?) Si/No

Are you allergic to iodine or shellfish? Yes / No
(Eres alérgico al yodo o a los Mariscos?) Si/No

Are you allergic to Latex? Yes / No
(Eres alérgico al Latex?)

Medical History: Please circle if you have ever had any of the following conditions.

Historia Medica:

Diabetes	Y (Si)	No
High blood pressure (Alta Pression)	Y (Si)	No
Liver Disease (Enfermedad Hepatica)	Y (Si)	No
Heart Disease (Enfermedad Cardiaca)	Y (Si)	No
Kidney disease (Enfermedad Renal)	Y (Si)	No
Pulmonary Emboli (Embolos Pulmonar)	Y (Si)	No
Blood clots/DVT (Coagulos Sanguineos, TVO)	Y (Si)	No
Seizures (Convulsiones)	Y (Si)	No
Stroke (Ataque)	Y (Si)	No
Bleeding Disorders (Trastornos de Sangreado)	Y (Si)	No
Pregnancies (Embarazos)	Y (Si)	No

Vascular History:

(Historia Vascular):

Varicose Veins (Varices)	Y (Si)	N	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Phlebitis (Flebitis)	Y (Si)	N	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	When? (Cuando?)
Blood Clots (DVT) (Coagulos de Sangre)	Y (Si)	N	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	When? (Cuando?)
Spontaneous Rupture or Bleed (Ruptura Espontenea O Sangrado)	Y (Si)	N	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	When? (Cuando?)
Leg Ulcerations (Non-healing wounds) (Ulceraciones de las Piernas)	Y (Si)	N	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	When? (Cuando?)
Worn Compression Stockings (20-30 mmHg) (Medias de compression desgastadas 20-30mmHg)	Y (Si)	N	How long? (Cuanto Tiempo?)		Ordered By: (Ordenado Por:)
Do you elevate your legs to reduce leg pain? (Eleva las piernas paras reducir el dolor en las piernas)	Y (Si)	N	How many hours? (Cuantas horas?)		
Do leg symptoms effect any of the following?(Los Simptomas en las Piernas afectan cualquiera de los Siguietes?)	Exercising (Ejercicioo) Walking(Para Caminar) Standing (En Pie) Sitting (Sentado) Driving (Manejando) Working (Trabajando) Household chores (Tareas Domesticas)				
Exercise Regular (Ejercicio Regular)	Y (Si)	No	How many times a week? (Cuantas veces a la semana?)		

Stand for long periods of time? (Reposa durante largos periodos de tiempo)	Y (Si)	No	How long? (Cuanto Tiempo?)
Hormone Replacement Therapy/Birth Control Pills? (Terapia de Reemplazo hormona/pildoras anticonceptivas)	Y (Si)	No	How long? (Cuanto Tiempo?)

Family Vascular History (Historia Vascular Familiar):

Spider Veins (aranas vasculares)	None (Ninguno)	Mom (Madre)	Dad (Padre)	Siblings (Hermano/as)	Grandparents (Abuelos)
Varicose Veins (Venas Varicosas)	None (Ninguno)	Mom (Madre)	Dad (Padre)	Siblings (Hermano/as)	Grandparents (Abuelos)
Leg Swelling (Hinchazon de la Piernas)	None (Ninguno)	Mom (Madre)	Dad (Padre)	Siblings (Hermano/as)	Grandparents (Abuelos)
Leg Ulcers (Ulceras en las Piernas)	None (Ninguno)	Mom (Madre)	Dad (Padre)	Siblings (Hermano/as)	Grandparents (Abuelos)
Blood Clots (Coagulos de Sangre)	None (Ninguno)	Mom (Madre)	Dad (Padre)	Siblings (Hermano/as)	Grandparents (Abuelos)

Vascular Symptoms (Sintomas Vasculares):

Aching/Pain (Dolor)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Swelling (Hinchazon)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Heaviness (Pesadez)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Tired/Fatigued (Cansado/a Fatigado/a)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Itching/Burning (Picazon /Ardor)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Cramps (Calambres)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Restless leg (Pierna Inquieta)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Throbbing (Palpitante)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)
Skin Discoloration (Descoloracion de la Piel)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)

Spider veins (Aranas vasculares)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	How long? (Cuanto Tiempo?)

Past Vascular Surgeries (Cirugias Vasculares Pasadas): Please circle if you have ever had any of the following conditions .

Vein Sclerotherapy (Escleroterapia de venas)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	Date (Fecha)
Vein Phlebectomy (Flebectomia Venosa)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	
Vein Ablation (Ablacion de vena)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	
Vein Ligation (Ligadura de vena)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	
Vein Stripping (Extraccion de venas)	Y (Si)	No	LT leg ISQUIERDA Pierna	RT leg DERECHA Pierna	

Hospitalizations (Hospitalizaciones):

Review of Systems (Revision de los Sintomas):

GENERAL (General)			RESPIRATORY (Respiratorio)		
Lack of energy (Falta de energia)	Y (Si)	No	Shortness of breath (Falta de aliento)	Y (Si)	No
Unexplained weight gain or loss (Ganancia Perdida de peso inexplicable)	Y (Si)	No	Night sweats (Sudores nocturnos)	Y (Si)	No
Loss of appetite (Perdida de apetito)	Y (Si)	No	Prolonged cough (tos Prolongada)	Y (Si)	No
Fever (Fiebre)	Y (Si)	No	Wheezing (Sibilancias)	Y (Si)	No
Night sweats (Sudores Nocturnos)	Y (Si)	No	Pleurisy (Pleuresia)	Y (Si)	No
Other (Otro)	Y (Si)	No	Coughing up blood (Tosiendo sangre)	Y (Si)	No
EARS, NOSE, MOUTH & THROAT (Oidos, Nariz, Boca & Garganta)			Other (Otro)	Y (Si)	No
Difficulty with hearing (dificultad para Escuchar)	Y (Si)	No	GI (GASTROINTESTINAL)		
Sinus problems (Problemas de Sinusitis)	Y (Si)	No	Heartburn (Agruras)	Y (Si)	No
Runny nose (nariz que moquea)	Y (Si)	No	Constipation (Estrenimiento)	Y (Si)	No
Ringin in ears (Zumbido en los oidos)	Y (Si)	No	Diarrhea (Diarrea)	Y (Si)	No

Nosebleeds (Hemorragias Nasales)	Y (Si)	No	Abdominal pain (dolor abdominal)	Y (Si)	No
Sore throat (dolor de Garganta)	Y (Si)	No	Difficulty swallowing (Dificultad para tragar)	Y (Si)	No
Other (otro)	Y (Si)	No	Blood in stools (Sangre en el escremento)	Y (Si)	No
HEART & BLOOD VESSELS (Corazon y Vasos)			Other (otro)	Y (Si)	No
Irregular heartbeat (Latido del Corazon Irregular)	Y (Si)	No	GU (KIDNEY & BLADDER) (Rinones y Vejiga)		
Racing heart (Latidos rapidos)	Y (Si)	No	Painful urination (Dolor al orinar)	Y (Si)	No
Chest pains (dolor de Pecho)	Y (Si)	No	Frequent urination (orinar frecuentemente)	Y (Si)	No
Swelling of feet or legs (Hinchazon de pies o Piernas)	Y (Si)	No	Urgency (Urgencia)	Y (Si)	No
Pain in legs with walking (dolores en las Piernas)	Y (Si)	No	Prostate problems (Problemas de Prostata)	Y (Si)	No
Other (Otro)	Y (Si)	No	Other Otro)	Y (Si)	No
MS (MUSCLE, BONES, JOINTS) (Musculos, Guesos, Articulaciones)			INTEG (SKIN, HAIR & BREAST (Piel, Cabello, Cenos)		
Joint pain (dolor en las Articulaciones)	Y (Si)	No	Persistent rash (Erupcion Persistente)	Y (Si)	No
Aching muscles (Dolor Muscular)	Y (Si)	No	Itching (comezon)	Y (Si) (Si)	No
Shoulder pain (dolor de hombro)	Y (Si)	No	New skin lesion (Nueva lesion de Piel)	Y (Si)	No
Swelling of joints (Hinchazon de las articulaciones)	Y (Si)	No	Hair loss (Perdida de Cabello)	Y (Si)	No
Other (Otro)	Y (Si)	No	Other (Otro)	Y (Si)	No

Please list current medication (por favor de numerar los medicamentos):

Medication (Medicacion)	Dose (Dosis)	Quantity/Frequency (Cantidad/frecuencia)

Patient name (Nombre del Paciente): _____

Patient/Guardian Signature (Paciente/Guardian Firma): _____ Date (Fecha): _____