**Sonoma Vein Cardiovascular Laser Group**

**990 Sonoma Ave, Suite 2**

**Santa Rosa, CA 95404**

**(phone) 707-636-8346 \* (fax) 707-205-1008**

|  |
| --- |
| **Patient Information** |
| Nombre (Apellido, Primer Nombre): Fecha de Nacimiento: Seguro Social #: Genero: |
| / / |
| Pronombre Preferido: Apodo: Estado Civil: |
|  |
| Direccion : Ciudad, Estado, Codigo Postal: |
|  |
| Direccion (si es diferente a la de arriba): |
|  |
| Mejor Numero de Telefono: Numero alternativo: Numero de Licencia o identificacion: (debe presentarla) |
|  |
| Correo Electronico: |
| Quien te Referio a Nuestra Oficina: Doctor Primario: |
| **Contacto de Emergencia:** |
| Nombre: Numero de Telefono: Relacion: |
|  |
| Nombre: Numero de Telefono: Relacion: |
|  |
| Nombre de la aseguranza y ID# **DEBE PRESENTARSE EN TODAS LAS VISITAS** **\*\*\*TODOS LOS CO-PAGOS DEBEN PAGARSE EL DIA DE LA VISITA\*\*\*** |
|  |
| Idioma de Habla: \_\_\_Ingles \_\_\_Espanol Otro: |
| Raza:  \_\_\_American Indian/Alaska Native \_\_\_Asian \_\_\_Black/African American \_\_\_Caucasian \_\_\_Hispanic/Latino  \_\_\_Native Hawaiian/Other Pacific Islander \_\_\_Otra \_\_\_Mas de una \_\_\_Not reportable |
| Yo autorizo a Sonoma Vein/Santa Rosa Cardiology Medical Group, Inc proporcionar informacion a las companias de seguros medicos sobre mi enfermedad y tratamientos, y por la presente asigno beneficios/pagos del Seguro que se pagaran directamente a Sonoma Vein/Santa Rosa Cardiology Medical Group, Inc por los servicios medicos que me an brindado**. Entiendo que soy responsible de cualquier monto que no cobra el Seguro medico.**  Firma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  10/24/2024 updated tfh |

**SONOMA VEIN**

**CARDIOVASCULAR LASER GROUP**

990 Sonoma Avenue Suite 2, Santa Rosa, CA 95404

Phone: 707-636-8346 Fax: 707-205-1008

**CONSENTIMIENTO para fines de tratamiento, el pago**

**Y operaciones de atención médica**

Doy mi consentimiento para el uso o la divulgación de mi información de salud protegida por Sonoma Vein Cardiovascular Laser Group Con el propósito de diagnosticarme o proporcionarme tratamiento, obtener el pago de facturas por atención a mi salud, o a realizar operaciones de atención médica, Sonoma Vein Cardiovascular Laser Group

Tengo el derecho de revocar este consentimiento, por escrito, en cualquier momento, excepto en la medida en que Sonoma Vein Cardiovascular Laser Group ha tomado acción en virtud de la autorización.

Mi "información de salud protegida" significa la información de la salud, incluyendo mi información demográfica, recopilada de mí y creada o recibida por mi médico, otro médico, un plan de salud, mi empleador o un centro de cuidado de la salud. Esta información de salud protegida se refiere a mi pasado, presente o futura salud física o mental o condición y me identifica, o hay una base razonable para creer que la información me puede identificar.

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

Firma del paciente (o Representante Personal) Fecha

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

Nombre del paciente (o Representante Personal)

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

Descripción de la autoridad del Representante Personal

**Aceptación de recibo de**

**Aviso de las prácticas y políticas de privacidad**

Nuestra oficina le proveerá a usted, el paciente o a el representante de el paciente, una copia de nuestros avisos de privacidad de nuestra practica HIPAA, solamente cuando sea requerida por usted. Por favor de dejarle saber al personal si usted desea una copia. Gracias.

Por favor firme abajo si usted desea rechazar una copia de los avisos de privacidad.

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

Firma del paciente Fecha

**SONOMA VEIN CARDIOVASCULAR LASER GROUP**

**POLÍTICA DE CANCELACIÓN Y FALTA**

**Cita general:** Si usted cancela su cita con menos de 24 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$75.00**.

**Cita para un ultrasonido:** Si usted cancela su cita con menos de 24 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$100.00**.

**Cita para Cirugía:** Si usted cancela su cirugía con menos de 48 horas antes de la hora de su cita o si no se presenta a su cita, se le cobrará una cuota de **$200.00**.  
  
  
  
 **RECORDAR CITAS ES ULTIMADAMENTE RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE**

Estoy de acuerdo con los términos y condiciones establecidos anteriormente.

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

**Firma del Paciente Fecha**

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

**Nombre impreso Fecha**

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

**Firma del testigo (Uso de la oficina) Fecha**

**SONOMA VEIN**

**CARDIOVASCULAR LASER GROUP**

**HISTORIAL DE VENAS**

**Cuál es la razón de su cita?**

**\_\_** Venas Varicosas \_\_ Ulcera \_\_ Hinchazón/Edema

\_\_ Venas Arañitas \_\_ Dolor de piernas Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORIAL MEDICO- Proveer fechas aproximadas.**

1. Alguna vez has tenido Extracción de Venas o ablación? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_
2. Alguna vez has tenido inyecciones en las Venas? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_
3. Alguna vez has tenido Flebitis? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_
4. Alguna vez has tenido sangrado de las venas? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_
5. Alguna vez ha tenido o tiene heridas/Ulceras de las piernas? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_
6. Alguna vez has tenido Coágulos Sanguíneos? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_
7. Alguna vez has tenido Embolismo Pulmonar? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_
8. Alguna vez has tenido Sangrado de Varices? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_
9. Alguna vez has tenido migraña? \_\_Si \_\_No Cuando \_\_\_\_\_\_\_\_
10. Esta usted embarazada o Amamantando? \_\_Si \_\_No
11. Normalmente toma Valium antes de procedimientos menores? \_\_Si \_\_No
12. Alguna vez te has desmayado o has sentido náuseas cuando se dona sangre? \_\_Si \_\_No

**HISTORIAL FAMILIAR**

Algún Miembro de su familia ha tenido historia de várices, coágulos sanguinos, embolismo Pulmonar o ulceras? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**SINTOMAS**

Tienes algunos de los siguientes síntomas que interfiera con tus actividades de vida diaria?

\_\_ Dolor \_\_ Pesadez \_\_ Cansancio/fatiga

\_\_ Picazón/ ardor \_\_ Hinchazón/edema \_\_ Piernas inquietas

Cuales Medicamentos ha utilizado en el pasado para el alivio de dolor?

\_\_\_ Aspirina \_\_\_ Ibuprofeno \_\_\_ Aleve \_\_\_ Tylenol Otra\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TERAPIAS CONSERVADORAS**

¿Has probado lo siguiente para mejorar tus síntomas? Proporcione estimados por el período de tiempo.

1. Ejercicio 2-3 veces a la semana? \_\_ Sí \_\_ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_ semanas / meses / años

2. ¿Pérdida de peso o cambios en la dieta? \_\_ Sí \_\_ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_ semanas / meses / años

3. Evitar la permanencia prolongada? \_\_ Sí \_\_ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_ semanas / meses / años

4. Elevación de tus piernas? \_\_ Sí \_\_ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_ semanas / meses / años

5. medias de compresión? \_\_ Sí \_\_ No ¿Cuánto tiempo? \_\_\_ semanas / meses / años

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

Imprimir nombre/relación

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

Firma (paciente o padre guardián) Fecha

**Sonoma Vein Cardiovascular Laser Group**

**Cuestionario del Paciente**

**FECHA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE** | | | | | | | | | | **HISTORIA MÉDICA PASADA** | | | **NO** | | **SI/ o Historia** | **PROBLEMA ACTUAL** |
| FECHA DE NACIMIENTO ESTATURA PESO | | | | | | | | | | HERNIA HIATAL | | |  | |  |  |
| ACIDEZ ESTOMACAL | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA | | |  | |  |  |
| **FACTORES DE RIESGO** | **Año diagnosticado** | | | | **NO** | **SI/ o Historia** | | **PROBLEMA ACTUAL** | | ENFERMEDAD PULMONAR | | |  | |  |  |
| COAGULOS DE SANGRE EN PULMONES | | |  | |  |  |
| DIABETES |  | | | |  |  | |  | | APNEA DEL SUENO | | |  | |  |  |
| HIPERTENSIÓN |  | | | |  |  | |  | | TB (Tuberculosis) | | |  | |  |  |
| COLESTEROL ALTO |  | | | |  |  | |  | | HEPATITIS | | |  | |  |  |
| ENFERMEDAD VASCULAR |  | | | |  |  | |  | | INFECCIONES RESISTENTES A FARMACOS | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | ARTRITIS | | |  | |  |  |
| **HISTORIA FAMILIAR** | | | | | | | **SI** | | **NO** | GOTA | | |  | |  |  |
| ENFERMEDAD CARDÍACA (CUALQUIER EDAD) | | | | | | |  | |  | CIATICA | | |  | |  |  |
| ENFERMEDAD CARDÍACA (MENOR DE 60 años) | | | | | | |  | |  | DIFFICULTAD PARA CAMINAR | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | | | DEGENERACION MASCULAR | | |  | |  |  |
| **HISTORIA SOCIAL** | | | | | | | | | | LESIONES OCULARES | | |  | |  |  |
| **ESTADO CIVIL (círcule)** | | | | | | | | | | ANEURISMO AORTICO ABDOMINAL | | |  | |  |  |
| SOLTERO/A | | DIVORCIADO/A | | | | | | | | PERDIDA DE CONCIENCIA | | |  | |  |  |
| CASADO/A | | VIUDO/A | | | | | | | | PIEDRAS EN LOS RIÑÓNES | | |  | |  |  |
| SEPARADO/A | | SOCIO/A DOMÉSTICO/A | | | | | | | | ENFERMEDAD DEL RIÑÓN | | |  | |  |  |
| **OCUPACIÓN** | | | | | | | | | | ABORTO ESPONTANEO | | |  | |  |  |
| **Título:** | | | | | | | | | | CANCER/TIPO: | | | | | | |
| **CÍRCULE SI LE APLICA:** DISCAPACITADO JUBILADO | | | | | | | | | | OTROS: | | | | | | |
| **NUMERO DE HIJOS** | | | | | | | | | |
| MASCULINO/S: HEMBRA/S: | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | **HOSPITALIZACIONES PREVIAS / CIRUGIAS / LESIONES GRAVES** | | | | | | |
| **HÁBITOS** | | | | | | | | | | FECHA | TIPO DE PROCEDIMIENTO | | | RAZÓN | | |
| **DIETA (círcule)** | | | | | | | | | |  |  | | |  | | |
| REGULAR | | | DIABETICO | | | | | | |
|  |  | | |  | | |
| BAJO EN GRASA/CHOL | | | RENAL | | | | | | |
| BAJO EN SAL | | | BAJO EN CARB | | | | | | |  |  | | |  | | |
| NO SAL | | | PERDIDA DE PESO | | | | | | |
| VEGETARIANO | | | VEGAN | | | | | | |  |  | | |  | | |
| **TOBACO (círcule)** | | | **ALCOHOL (círcule)** | | | | | | |
| NO FUMADOR | | | NUNCA BEBE | | | | | | |  |  | | |  | | |
| FUMADOR PRESENTE | | | ACTUALMENTE BEBE | | | | | | |
| EX FUMADOR | | | EX BEBEDOR | | | | | | |  |  | | |  | | |
| ANO DEJO DE FUMAR: | | | ANO DEJO DE BEBER: | | | | | | |
| ¿CUÁNTOS ANOS FUMO / A FUMADO? | | | ¿NUMERO DE BEBIDAS? | | | | | | | **ALERGIAS O INTOLERANCIA A** **MEDICACIÓN** | | | | | | |
| **MEDICACIÓN** | | REACCIÓN | | | | |
| ¿ESTIMACIÓN PPD? | | | POR: DIA,SEMANA, MES, ANO | | | | | | |  | |  | | | | |
| **EJERCICIO (círcule)** | | | | | | | | | |
| SEDENTARIO | | | | ESTILO DE VIDA ACTIVO | | | | | |  | |  | | | | |
| REGULAR | | | | OCASIONAL | | | | | |
| FÍSICAMENTE NO PUEDE HACER EJERCICIO | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| TIPO DE EJERCICIO: Levantamiento de pesas aeróbica | | | | | | | | | |
| ¿TIENE UNA DIRECTIVA ANTICIPADA (PODER LEGAL DURADERO PARA CUIDADO DE LA SALUD)? **SI NO** | | | | | | | | | |  | |  | | | | |
| EN CASO AFIRMATIVO, INCLUYA EL NOMBRE/RELACIÓN CON EL PACIENTE: | | | | | | | | | |  | | | | | | |

Nombre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REVISIÓN DE SISTEMAS** | **NO** | **SI/o Historia** | **PROBLEMA**  **ACTUAL** | **LISTA DE MEDICACIÓNES** | | | |
| CATARATAS |  |  |  | **Pharmacia:** | | | |
| GLAUCOMA |  |  |  |
| CAMBIO VISUAL |  |  |  | **Dirección De Pharmacia:** | | | |
| PÉRDIDA AUDITIVA |  |  |  |
| ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS |  |  |  | **MEDICACIÓN** | **FORTALEZA / FORMA** | **FRECUENCIA** | **RAZON DE TOMAR** |
| SINUSITIS |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| CLAUDICACIÓN |  |  |  |
| COÁGULO DE SANGRE (TVP) |  |  |  |  |  |  |  |
| ENFERMEDAD DE TIROIDES |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| EPOC-ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA |  |  |  |
| ASMA |  |  |  |  |  |  |  |
| TOS CRÓNICO |  |  |  |
| TOSIENDO SANGRE |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ENFERMEDAD DE ÚLCERA PÉPTICA |  |  |  |  |  |  |  |
| GERD (Enfermedad de reflujo esofágico gastrointestional) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| VOMITANDO SANGRE |  |  |  |
| SANGRE EN LAS HECES |  |  |  |  |  |  |  |
| DIARRHEA |  |  |  |
| SANGRADO GASTROINTESTINAL |  |  |  |  |  |  |  |
| ESTREÑIMIENTO |  |  |  |
| SANGRE EN LA ORINA |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **HOMBRES**:DISFUNCION ERECTIL |  |  |  |  |  |  |  |
| ENFERMEDAD DE PRÓSTATA |  |  |  |
| **MUJER**:PROBLEMAS GYNELÓGICOS |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| EMBOLIA |  |  |  |  |  |  |  |
| TIA (MINI DERAME CEREBRAL) |  |  |  |
| DOLORES DE CABEZA |  |  |  |  |  |  |  |
| TRASTORNOS DE SUEÑO |  |  |  |
| DEPRESIÓN |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| DOLOR ARTICULAR/ HINCHAZÓN |  |  |  |  |  |  |  |
| DOLOR DE ESPALDA |  |  |  |
| DOLORES MUSCULARES |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| PÉRDIDA DE PESO INEXPLICADA |  |  |  |  |  |  |  |
| FIEBRES |  |  |  |
| PÉRDIDA DE APETITO |  |  |  |  |  |  |  |
| SUDORES INEXPLICADOS |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| MORETONES, SANGRADO DE NARIZ O ENCÍAS |  |  |  |
|  |  |  |  |
| TRANSFUSIONES DE SANGRE |  |  |  |
| ANEMIA |  |  |  |  |  |  |  |
| GANGLIOS LINFÁTICOS INFLAMADOS |  |  |  |