



Este paquete incluye formas de pacientes nuevos, para que usted los complete y los traiga a su cita. **Si usted ha llenado la documentación, por favor, llegue 15 minutos antes de su cita para que podamos completar el proceso. Si usted necesita ayuda en completar los documentos, llegue al menos 30 minutos antes a su cita.**

Traer su tarjeta de seguro, y también identificación con fotografía o licencia de conducir.

También debe de traer informes médicos o Análisis de laboratorio que sean pertinentes a esta visita

Agradecemos su confianza en nosotros. Por favor, contactarnos con cualquier pregunta o preocupación. También puede visitar nuestra página electrónica en: www.bestveintreatment.com para ver nuestro vídeo del ciclo de cuidado y educación en relación a otras enfermedades venosas y los últimos tratamientos.

Fecha de su Cita: _____

Hora de su Cita: _____

Lugar de su Cita: _____



www.BestVeinTreatment.com
Centro de citas 1-877-244-8558

Orlando
1200 Edgewater Dr.
Orlando, FL 32804
407-244-8559

Kissimmee
Hunter's Creek Professional Park
1128 Cypress Glen Circle
Kissimmee, FL 34741
407-947-8404

Lake Mary
MedPlex at Lake Mary
4106 W. Lake Mary Blvd., Suite 325
Lake Mary, FL 32746
407-936-2671

The Villages
Lake Sumter Landing Professional Plaza
910 Old Camp Rd., Suite 162
The Villages, FL 32162
352-760-6191

Waterford Lakes
Econ Professional Plaza
100 N. Dean Rd, Suite 201
Orlando, FL 32825
407-380-8878

Haines City/Davenport
Webb's Square
121 Webb Dr. Suite 300
Davenport, FL 33837
863-291-6313



Bienvenido a Vascular Vein Centers y Cosmetic Institute

Nuestra misión es ayudarle a mantener la salud de sus piernas, confianza en sí mismo y restaurar su belleza natural única.

Nuestros Servicios Médicos incluyen:

- El cuidado completo de las venas: Las venas varicosas, úlceras venosas
- Evaluación y tratamiento de la inflamación de las piernas
- Evaluación y el tratamiento de Trombosis Venosa Profunda (TVP)
- Servicio completo de IAC Laboratorio Vascular acreditado para el diagnóstico de venas y problemas arteriales
- Educación y uso de las medias de compresión

Nuestros Servicios Cosméticos incluyen:

- El cuidado de las venas: Las arañas vasculares, venas faciales, y venas de la mano
- Rejuvenecimiento Facial incluyendo Microderm, Botox® y Juvederm
- Consulta para el cuidado de la piel / Productos



www.BestVeinTreatment.com



FECHA: ____/____/____ CORREO ELECTRONICO: _____

NOMBRE DE PACIENTE: _____ EDAD: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ APODO: _____

TELÉFONO # : _____ CELULAR # : _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

PROPÓSITO DE LA VISITA: _____

¿Esta usted interesado en los servicios del Comsetic Institue? _____ ¿Tratamiento de Arañas Vasculares? _____

SOCIAL SECURITY # : _____ SEXO: M ___ F ___ RAZA: _____ IDIOMA PRINCIPAL _____

ETNICIDAD: _____ ESTADO CIVIL (circule uno) C S V D NOMBRE DE SU CÓNYUGE: _____

NOMBRE CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____ PARENTESCO: _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ ZIP: _____

EMPLEADOR: _____ / JUBILADO _____ TELÉFONO TRABAJO #: _____

MÉDICO DE REFERENCIA: _____ TELÉFONO: _____

DIRECCIÓN: _____

MÉDICO PRINCIPAL: _____ TELÉFONO#: _____

ORIGEN DE REFERENCIA:	<input type="checkbox"/> OFICINA DE SU DOCTOR	<input type="checkbox"/> AMIGO	<input type="checkbox"/> PÁGINA ELECTRÓNICA	<input type="checkbox"/> PERIÓDICO	<input type="checkbox"/> REVISTA	<input type="checkbox"/> SEMINARIO
	<input type="checkbox"/> PACIENTE DE REGRESO	<input type="checkbox"/> FACEBOOK	<input type="checkbox"/> GUÍA TELEFÓNICA	<input type="checkbox"/> FERIA DE LA SALUD		
	<input type="checkbox"/> LUNCH AND LEARN	<input type="checkbox"/> RADIO	<input type="checkbox"/> TELEVISIÓN	<input type="checkbox"/> OTRO: _____		

CO. de SEGURO PRIMARIO: _____ TELÉFONO #: _____

No DE PÓLIZA: _____ GRUPO #: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ EMPLEADOR: _____

No. SS del TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Parentesco al ASEGURADO: _____ CO-PAGO _____ Se requiere un referido _____

CO. de SEGURO SECUNDARIO: _____ GRUPO #: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ EMPLEADOR: _____

No. SS del TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Parentesco al ASEGURADO: _____ CO-PAGO _____ Se requiere un referido Si ___ / No ___

COMUNICADO DE LA INFORMACIÓN:

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE REPORTADO CON RESPECTO A MI COMPAÑÍA DE SEGUROS ES CORRECTA. Yo autorizo la entrega de cualquier información necesaria, INCLUYENDO Información médica a mi compañía de seguros, abogado, médico, hospital, Medicare u otro centro médico.

FIRMA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL:

FECHA

ASIGNACION DE LOS BENEFICIOS:

SOLICITO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS (Medicare, Medicaid, u Otra Compañía de SEGURO) SEA DIRECTAMENTE A LOS CENTROS VASCULARES DE ORLANDO, P.A. POR LOS SERVICIOS PRESTADOS A MÍ POR LOS CENTROS VASCULARES DE ORLANDO, P.A. Y AUTORIZO A LOS CENTROS DE ORLANDO VASCULARES, PA, SOLICITAR LOS BENEFICIOS EN MI NOMBRE.

FIRMA PACIENTE / REPRESENTANTE LEGAL:

FECHA



CUESTIONARIO PARA PACIENTE NUEVOS

Este Cuestionario lo completó el Paciente o Representante Legal

Si es el Representante, poner su nombre y relación con el paciente _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de cita: ____-____-____
(Apellido) (Nombre) (Inicial 2do Nombre)

Dirección: _____

Teléfono: _____

Razón principal de su visita de hoy: _____

Peso ____ libras Estatura: ____ pies ____ pulgadas

SIENTE SUS PIERNAS : (CIRCULE SU RESPUESTA)

Después de estar sentada o de pie por tiempo prolongado

Durante la menstruación

Durante épocas de calor

¿Mientras camina...numero de (cuadras: _____)

Después de elevarlas

Mientras usa medias de soporte

¿Alguna vez ha tenido coagulo de sangre en sus piernas ?

Mejor / Peor

Mejor / Peor / NA

Mejor / Peor

Mejor / Peor

Mejor / Peor

Mejor / Peor / NA

SI / No

¿SU TRABAJO REQUIERE ? (CIRCULE SU RESPUESTA)

¿Periodos prolongados de pie ? SI / NO

¿Periodos prolongados sentada ? SI / NO

Cual es su ocupación actual o pasada _____ Años en este trabajo _____

¿Utiliza algún aparato de asistencia? SI / NO Que tipo (circule) Caminador, Bastón, Silla de Ruedas

¿Usted siente que sus venas limitan su estilo de vida? SI / NO

¿Le afecta en su trabajo? SI / NO

SOCIAL: (circule su respuesta)

¿Usted fuma? SI / NO ¿Cuanto? ____ paquete diario. Por cuanto tiempo ____ años.

¿Alguna vez ha fumado? SI / NO ¿Lo dejo? Hace ____ años.

¿Bebe alcohol? SI / NO Cantidad diaria _____ Por ____ años.

¿Historia de migrañas? SI / NO Tipicamente duran ____ horas. Fecha de migrañas reciente ____-____-____

MUJERES SOLAMENTE (circule o escriba su respuesta)

Número de embarazos ____ Cuántos nacimientos _____

Edad actual de los niños ____, ____, ____, ____

Está Embarazada SI / NO Cuántos meses _____

¿Tiene planes de quedar embarazada ? SI / NO

¿Tuvo problemas de las venas en las piernas durante el/los embarazo(s)? SI / NO



CUESTIONARIO DEL PACIENTE

HISTORIA FAMILIAR

Círcule todo lo que corresponda: •Diabetes • Enfermedad Cardíaca •Accidente Cerebrovascular
•Hipertensión Arterial •Enfermedad Vascul ar •Colesterol Alto •Trastornos de la Coagulación
•Sangramiento prolongado •Obesidad •Varices: Parentesco_____

Historia Quirúrgica:_____

Medicamentos o alergias-ver lista de medicamentos y completar.

LE MOLESTAN SUS PIERNAS POR:

CIRCULE CADA UNO SEGÚN CORRESPONDA

- | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------------|-----------------|---------------------------|----------|------------|
| •DOLOR | •PULSACIONES | •ENTUMECIMIENTO | •HORMIGUEO | •ARDOR | •PICAZÓN |
| •PLENITUD | •PRESIÓN | •HINCHAZÓN | •CANSANCIO | •PESADEZ | •INQUIETUD |
| •CALAMBRES MUSCULARES | •HERIDAS ABIERTAS O ULCERA EN LA PIEL | | •DESCOLORACIÓN DE LA PIEL | | |

CIRCULE cada uno de los siguientes tratamientos que haya tenido y en cual de las extremidades

TRATAMIENTO

Escleroterapia (piernas)

Cirugía venosa

Venas de Araña

EVL T (láser)

Medias de soporte

PIERNA

Derecha o Izquierda o Ambas

Derecha o Izquierda o Ambas

Derecha o Izquierda o Ambas

Derecha o Izquierda o Ambas

Derecha o Izquierda o Ambas

Fecha de Tratamiento Reciente ____-____-____

Fecha de Tratamiento Reciente ____-____-____

Fecha de Tratamiento Reciente ____-____-____

Fecha de Tratamiento Reciente ____-____-____

Fecha de Comienzo ____-____-____

Medicare y otras compañías de seguros insisten en que para calificar para la cobertura médica de muchas condiciones, algunos de los cuales son tratados por Vascular Vein Centers, la persona debe tener una alteración significativa en el estilo de vida. Específicamente para algunos trastornos vasculares que necesitan tratamiento, como complicaciones venosas y varices, ciertas complicaciones y síntomas deben estar presentes en los pacientes, como un dolor que requiere medicamento, el sangrado de una vena varicosa, o cambios progresivos en la piel y / o hinchazón en el tobillo. Como parte de nuestros esfuerzos para evaluar a cada paciente y resolver las diversas condiciones y síntomas asociados, tales como complicaciones venosas u otros tipos de enfermedad vascular, es importante que el paciente complete el cuestionario lo más preciso posible, para que sea de apoyo al examen médico inicial y así poder determinar el mejor curso de su tratamiento.

Confir mo que la información suministrada (y sus apéndices) es verdadera y de mi mejor conocimiento, y proporcionada de buena fe. Entiendo que las omisiones significativas y/o mala representación puede resultar en la negación de cobertura de beneficios.

FIRMA DEL CUESTIONARIO DEL PACIENTE

EVALUACIÓN Y VERIFICACIÓN DE ESTE CUESTIONARIO FUE PROPORCIONADA POR:

FIRMA: _____ FECHA: ____-____-____

NOMBRE DEL FIRMANTE: _____



REVISIÓN DE LOS SISTEMAS

MARQUE "SI" O "NO"

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____-____-____

	SI	NO		SI	NO		SI	NO
GENERAL			CARDIOVASCULAR			NEUROLÓGICO		
Pérdida de Peso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor / angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiebre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latidos irregulares del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolores de cabeza / migraña	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor en el brazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Entumecimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambio en Apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Palpitaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PIEL			Hinchazón en las extremidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pérdida de conciencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erupción / Ulceras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mareo/ Desmayo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lesiones y heridas abiertas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colesterol Alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PSIQUIÁTRICO		
Comezón / Picazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calambres en las	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ardor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	pantorrillas al caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos del sueño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Moretones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Coágulo de vena profunda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios de humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sequedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GASTROINTESTINAL			Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cambios de color	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ENDOCRINO		
VISIÓN			Náusea / Vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cambios en las uñas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lentes o Contactos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Acidez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calor / intolerancia al frío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento rectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión borrosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diarrea / estreñimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Terapia hormonal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Visión doble	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hemorroides	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Colonoscopia reciente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diálisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fecha: _____			HEMATOLÓGICA		
OÍDOS, NARIZ Y GARGANTA			GENITOURINARIO			Hematomas (moretones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumbido en los oídos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	con facilidad		
Vértigo/Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ardor al orinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolor de garganta frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orina frecuentemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ronquera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangre en la orina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sangramiento prolongado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangramiento nasal frecuente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Enfermedades venéreas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disminución de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MUSCULATURA-ESQUELETO			ALERGICO/ INMUNOLÓGICO		
RESPIRATORIO			Dolor / inflamación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fiebre del heno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aliento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidez de las articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos persistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urticaria o eczema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tos con sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dolor de Espalda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polen estacional	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infecciones frecuentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medias de soporte/compresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibromialgia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respira con dificultad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Disminución en amplitud de movimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALIVIO DEL DOLOR		
			Incapacidad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Prótesis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	analgésicos le alivia el		
			Ubicación: _____			dolor en las piernas?		