

¡Estamos OBSESIONADOS con la atención al paciente! Todo comienza con conocerlo, para asegurarnos de brindar la mejor atención posible. ¡Hay mucho aquí, pero sabemos que puedes hacerlo! Por favor, llene la siguiente información lo más completamente posible. Como siempre, si usted tiene alguna pregunta, todos nosotros ayudaremos (pero tal vez no todos nosotros a la vez).

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

## Historial Clínico Pasado

Indique si ha tenido alguna de las siguientes opciones marcando la casilla de verificación correspondiente.

### Cardiovascular

- Enfermedad Cardíaca
- Golpe
- Infraacción Miocárdica (Ataque al Corazón)
- Presión Arterial Alta
- Colesterol Alto
- Molestias en el Pecho
- Angina de Pecho
- Palpitaciones
- Arrhythmia (latidos del corazón saltados)
- Sensación Revoloteando del Pecho
- Fibrilación Arterial (Frecuencia Cardíaca Rápida)
- Insuficiencia Cardíaca Congestiva
- Enfermedad de las Arterias Coronarias (Enfermedad cardíaca)
- Hinchazón en tobillos o pies

### Oreja, Nariz y Garganta

- Problemas de oído, nariz, garganta
- Enfermedad Ocular
- Audición
- Alergias

### Endocrino

- Diabetes
- Enfermedad Tiroidea
- Trastorno Autoinmune
- Nefropatía

### Musculoesquelético

- Artritis
- Osteoporosis
- Dolor Crónico de Espalda
- Dolor Articular
- Debilidad Muscular

### Enfermedades Infecciosas

- VIH
- Hepatitis
- C-diff

### Respiratorio

- Asma
- COPD
- Dificultad para respirar
- Apnea del Sueño

### Neurológico

- Enfermedad Neurológica
- Epilepsia
- Dolores de cabeza crónicos
- Entumecimiento y hormigueo
- Alzheimer / Demencia
- Esclerosis múltiple
- Pérdida de memoria

### Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión

### Otro

- Anemia
- Trastorno Hemorrágico
- Transfusión de Sangre
- Aneurisma torácica/abdominal

### Vascular

- DVT
- Insuficiencia Venosa
- Enfermedad de las Arterias Periféricas

### Cáncer

- Cáncer (especifique el tipo a continuación)  
\_\_\_\_\_
- Tratamiento Oncológico (especifique a continuación)  
\_\_\_\_\_

## Historial Quirúrgico Pasado

Indique si ha tenido alguna de las siguientes cirugías marcando la casilla de verificación correspondiente.

### Cirugía Cardíaca

- Bypass Cardíaco
  - Stents Cardíacos
  - Marcapasos
  - Cardioversión
  - Reemplazo de Válvula Mitral
  - Otra Cirugía Cardíaca:
- 

### Cirugía Musculoesquelético

- Cirugía Ortopédica
- Cirugía de Espalda
- Cirugía de Hombro
- Cirugía de Pie
- Cirugía de Rodilla

### Cirugía Genitourinaria

- Cirugía Genitourinaria
- Cirugía Renal
- Cirugía de Próstata
- Vasectomía

### \*Mujeres Solamente

- Histerectomía
- Lumpectomía / Mastectomía

### Vascular

- Cirugía de Carótida
  - Cirugía de Aneurisma
  - Angioplastia/Stents
  - Amputación
  - Ablación venosa
  - Otra cirugía vascular:
- 

### Cirugía Gastrointestinal

- Cirugía Gastrointestinal
- Cirugía de úlceras
- Apendicectomía
- Colectomía
- Colectomía
- Cirugía de Hernia

### Otras cirugías

---

---

---

## Uso Social

¿Fuma cigarrillos o cigarrillos electrónicos ("vape")?  No  Sí

Si es así, ¿Cuántos paquetes al día o a la semana? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

Si procede, ¿A qué edad empezaste? \_\_\_\_\_ ¿A qué edad detuvo? \_\_\_\_\_

¿Bebes alcohol?  No  Sí

¿Cuántas bebidas por día? \_\_\_\_\_

¿Cuántas bebidas mensuales?

De 2 a 4 veces al mes: \_\_\_\_\_

De 3 a 4 veces a la semana: \_\_\_\_\_

4 o más veces a la semana: \_\_\_\_\_

¿Usas drogas recreativas?  No  Sí

En caso afirmativo, escribe los tipos de drogas: \_\_\_\_\_

---

# Historial Clínico Familiar

Si tiene antecedentes familiares de cualquiera de los siguientes, indique qué miembro de la familia en el espacio proporcionado.

## Cáncer

- Cáncer de Colon:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Cáncer de Pulmón:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Cáncer de Ovario:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Cáncer de Mama:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Cáncer de Piel:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Cáncer de Próstata:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Enfermedad Cardíaca

- Enfermedad Cardíaca:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Golpe:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- CAD:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Hipertensión:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Hiperlipidemia:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Diabetes/Renal

- Diabetes:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Enfermedad Renal:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Respiratorio

- Asma:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Alergias:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- EPOC:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Psiquiatría/Social

- Problemas Psiquiátricos:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Depresión:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Abuso:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Neurología

- Alzheimer / Demencia  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Neuropatía  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Otro

- Osteoporosis:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Anemia:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Artritis:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Enfermedad Tiroidea:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

## Vascular

- Aneurisma Abdominal:  
¿Quién? \_\_\_\_\_
- Aneurisma Torácico:  
¿Quién? \_\_\_\_\_

# Lista de Verificación de Salud del Paciente

Indique si ha experimentado alguna de las siguientes opciones...

## General

- Fiebre
- Escalofríos
- Suda
- Anorexia
- Fatiga
- Malestar
- Pérdida de Peso

## Oídos, Nariz, y Garganta

- Visión Borrosa
- Visión Doble
- Pérdida de Visión
- Cataratas
- Zumbido de Oídos
- Disminución de la Audición
- Dolor de Garganta

## Cardiovascular

- Molestias en el pecho
- Dolores en el pecho
- Palpitaciones
- Latidos Saltados del Corazón
- Hinchazón en Tobillos o Pies
- Sensación Revoloteando del Pecho

## Respiratorio

- Dificultad para respirar
- Tos Crónica
- Asma
- Sibilancia

## extremidades

- Edema
- Úlceras abiertas
- Gangrena
- Piel decolorada o azul

## Gastrointestinal

- Indigestión
- Náuseas
- Vómito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor Abdominal
- Úlceras
- Sangre en las heces

## Genitourinario

- Pérdida de Vejiga
- Sangre en la Orina
- Arder al Orinar
- Frecuencia Urinaria

## Musculoesquelético

- Artritis
- Dolor de Espalda
- Dolor Articular
- Debilidad Muscular

## Piel

- Erupción
- Picazón
- Sequedad
- Lesión
- Lesiones Sospechosas
- úlcera

## Neurológico

- Pérdida de Memoria
- Convulsiones
- Vértigo
- Debilidad
- Entumecimiento/hormigueo
- Golpe

## Psicológico

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de Memoria
- Estrés Inusual
- Alteración Mental

## Endocrino

- Intolerancia al frío
- Intolerancia al calor
- Sed Excesiva
- Hambre Excesiva

## Hematología/Linfático

- Masa/bulto mamario
- Ganglios linfáticos agrandados
- Hematomas Inexplicables

## Alergia/Inmunológico

- Fiebre del Heno
- Alergias al polvo/polen
- Infecciones persistentes

## Enfermedad Infecciosa:

Expuesto a o sido diagnosticado recientemente con... (circular uno)

### *C-diff (Clostridium difficile)*

SÍ NO

### *hepatitis*

SÍ NO

### *VIH*

SÍ NO

### *MRSA*

SÍ NO

Si circuló SÍ para cualquiera de los anteriores, por favor explique:

---

---

---



## Información Demográfica

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial de Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo:  Masculino  Femenino

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Permisos:**  Casa  Móvil  Trabajo

*Concedo permiso para tener mensajes de voz y/o de texto que puedan contener información de salud personal que queda en los teléfonos seleccionados.*

Contacto de emergencia: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

### Liberación de los Registros:

*Por la presente autorizo al Vascular Centers of Texas and AVSA a revelar mis registros médicos incluyendo información sobre mi estado, tratamiento, imágenes y diagnóstico a mi contacto de emergencia.*

Estado Civil:  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

Ocupación: \_\_\_\_\_  Empleado  Jubilado  Estudiante:  Tiempo completo  Tiempo Parcia

*Para que nuestra práctica de atención médica cumpla con los requisitos de calificación bajo la Ley de Recuperación y Reinversión Americana del 2009, estamos obligados a obtener la siguiente información:*

1. Origen Étnico:  Hispano/a o latino/a  No Hispano  No desea responder

2. Raza:  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afroamericano

Asiático/a  Blanco/a  Otra Raza

Nativo Hawaiano u otros de la Isla del Pacífico  No desean responder

3. Idioma:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

## Lista de Farmacia Preferida

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## Información Médica

### Médico de Atención Primaria

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Médico de Referencia

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

### Médicos Adicionales

Cardiólogo: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Especialidad: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Oficina: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

#### **Liberación de los Registros:**

Por la presente autorizo al Vascular Centers of Texas and AVSA a revelar mis registros médicos incluyendo información sobre mi estado, tratamiento, imágenes y diagnóstico a los médicos anteriores.

## Información del Seguro

**Seguro Principal:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Propio  Cónyuge  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

*Si es diferente del paciente:*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

**Seguro Secundario:** \_\_\_\_\_

Relación con el paciente:  Propio  Cónyuge  Padre  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ # de Seguro Social: \_\_\_\_\_

*Si es diferente del paciente:*

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

### **Parte Responsable - Persona responsable de recibir los estados financieros.**

Propio

Otros - Por favor complete la información a continuación

Nombre:

Apellido	Primer Nombre	Inicial del segundo nombre
----------	---------------	----------------------------

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

# de Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ # de Teléfono Secundario: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD

Autorizo al Vascular Centers of Texas and AVSA a divulgar información médica/de salud de:

Nombre completo del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Esta información se dará a conocer a:

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Destinatario: \_\_\_\_\_ Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Entiendo que la información que he acordado divulgar a la parte antes mencionada puede incluir información clínica sensible obtenida durante las fechas enumeradas a continuación. Estos pueden incluir o no tratamiento de sustancias u otros abusos, VIH, trastornos psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, etc., a menos que en este caso excepto:

\_\_\_\_\_

Esta versión incluye todos los documentos creados por el Instituto Vascular de Houston, tales como, pero no limitado a:

- Notas de oficina, gráfico y progreso
- Informes de ultrasonido
- Todos los documentos que el Vascular Centers of Texas and AVSA a pedido en su nombre.

Cubriendo registros de:

- La fecha de su creación por el Vascular Centers of Texas and AVSA a sea en el pasado o en el futuro.

*ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN VIGOR A MENOS QUE SE REVOQUE LO CONTRARIO.*

Firma (Persona que autoriza la liberación): \_\_\_\_\_

Fecha de Firma: \_\_\_\_\_ Relación con el Paciente: \_\_\_\_\_

## Directiva Médica Avanzada y Poder Notarial

¿Tiene una Directiva Médica Anticipada?  Sí  No *(Debe marcar uno)*

En caso afirmativo, Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Tiene un Poder Médico de Salud?  Sí  No *(Debe marcar uno)*

En caso afirmativo, Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Seguros y Pagos

Responsabilidad Financiera: Su póliza de seguro es un contrato entre usted y su compañía de seguros. Usted es en última instancia responsable del pago en su totalidad por todos los servicios médicos que se le proporcionen. Cualquier cargo no pagado por su compañía de seguros será su responsabilidad, excepto lo limitado según nuestro acuerdo de red específico con su compañía de seguros, si dicho acuerdo está en vigor.

Si no tiene seguro médico, o si su seguro médico no pagará por los servicios prestados por nosotros o si nos notifica que no nos comuniquemos o facturemos a su compañía de seguros, se le considera un paciente auto pagado. Sus cargos se basarán en nuestro horario de pago por cuenta propia actual (disponible en nuestra recepción). El pago debe abonarse en su totalidad en el momento del servicio.

Iniciando esta sección, usted reconoce que ha recibido una copia de nuestras Políticas Financieras para revisar.

Iniciales:

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en por solicitud:

## Notificaciones Adicionales

### Aviso de Práctica de Privacidad

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia del Aviso de Práctica de privacidad que incluye una Declaración de los Derechos del Paciente para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en:

[info@vascularcentersoftexas.com](mailto:info@vascularcentersoftexas.com)

Iniciales:

### Código de Conducta

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración del Código de Conducta para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: [info@vascularcentersoftexas.com](mailto:info@vascularcentersoftexas.com)

Iniciales:

### Uso de medios

Iniciando esta sección, reconozco que he recibido una copia de la Declaración Uso de Medios para revisar.

Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: Una copia está disponible en nuestra recepción y en línea en: [info@vascularcentersoftexas.com](mailto:info@vascularcentersoftexas.com)

Iniciales:

Al firmar a continuación, consiente voluntariamente todos los tratamientos médicos y quirúrgicos realizados por el Vascular Centers of Texas and AVSA (también consiente servicios de rutina, procedimientos de diagnóstico, tratamiento médico, otros servicios de atención médica considerados necesarios por los proveedores de atención médica que me tratan.

Entiendo que la práctica de la medicina y la cirugía no es una ciencia exacta, y que el diagnóstico y el tratamiento pueden causar lesiones o incluso la muerte. Entiendo que tengo derecho a dar su consentimiento o a negarme a consentir cualquier cirugía, procedimiento o tratamiento propuesto, y a discutirlo con mi proveedor de atención médica. Entiendo que si un empleado o cualquier individuo asociado con el Vascular Centers of Texas and AVSA expuesto a mi sangre o fluidos corporales, se me hará la prueba de virus de la hepatitis y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

La información de este formulario es precisa hasta donde yo sé.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente / Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso del Paciente / Representante Legalmente Autorizado

\_\_\_\_\_  
Relación con el Paciente