**AUSTIN VASCULAR & VEIN SPECIALISTS**

**DR. JOEL G. GOTVALD**

**DEMOGRAFICOS DEL PACIENTE**

**PACIENTE NUEVO: \_\_\_\_\_\_ ESTABLECIDO: \_\_\_\_\_\_**

**INFORMACION DEL PACIENTE**:

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ÚLTIMO PRIMERO

 NOMBRE PREFERIDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SEXO:** M / F EDAD: \_\_\_\_\_

 **FECHA DE NACIMIENTO**\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ **ESTADO MARITAL:** SOLTERO(A)/CASADO(A)/DIVORCIADO(A)/VIUDO(A)/COMPANERO(A)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÉFONO : INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ MOBILE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿TENEMOS PERMISO PARA?**

Y/N – ADQUIRIR IMAGEN/FOTOS DE VEINS PARA FINES DE RECORD MEDICAL? (las fotos son confidenciales como parte del expediente médico)

Y/N – ¿DEJAR UN MENSAJE EN LA MAQUINA DE RESPUESTA EN CASA?

Y/N – ¿DEJAR UN MENSAJE EN EL TRABAJO?

Y/N – ¿DISCUTIR SU CONDICION MEDICA CON CUALQUIER MIEMBRO DE SU HOGAR? SI LO SUCEDE:

PERSONA: RELACIONES:

**CORREO ELECTRÓNICO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**MÉDICO DE REFERENCIA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL EMPLEADOR:**

**LUGAR DE EMPLEO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ POSICIÓN: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**DIRECCION DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**INFORMACION DE SEGURO MEDICO:**

**SEGURO PRIMARIO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL TITULAR DE LA LICENCIA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NUMERO DE POLIZA:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **NUMERO DE GRUPO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **SEGURO SOCIAL**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **RELACIÓN CON EL ASEGURADO**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEGURO MEDICO SECUNDARIO:**

**SEGURO MEDICO**:

NOMBRE DEL TITULAR DE LA LICENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMERO DE POLIZA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NUMERO DE GRUPO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SEGURO SOCIAL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONTACTO DE EMERGENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

POR FAVOR, HÁGANOS SABER SI TIENE UN TERCERO SEGURO\*\*\*\*

**ASIGNACIÓN Y AUTORIZACIÓN DE BENEFICIOS**

Se espera que los pacientes que no tienen cobertura de seguro paguen los cargos en su totalidad en el momento en que se prestan los servicios. Por la presente asigno todos los beneficios médicos y/quirúrgicos a los que tengo derecho, incluyendo Medicare, seguro privado y otros planes a Austin Vascular & Vein Specialists. Entiendo que soy responsable de todos los cargos, obtengo el reembolso, autorizo la divulgación de partes del historial médico del paciente. Autorizo reclamos de seguro presentados y beneficios asignados.

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

**Del Paciente o Representante Personal** **FECHA**



**AUSTIN VASCULAR & VEIN SPECIALISTS**

**JOEL G. GOTVALD, MD, FACS, RPVI**

**Página 1 de 4 PREGUNTA DE HISTORIA DEL PACIENTE**

POR FAVOR COMPLETE Y TRAIGA ESTE FORMULARIO CON USTED A SU PRIMERA CITA

TODAY’S DATE /FECHA DE HOY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PATIENT NAME /NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

BIRTH DATE/FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_AGE/EDAD: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REFERING PHYSICIAN /MÉDICO DE REFERENCIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ALL OTHER DR SEEN/CUALQUIER/TODOS LOS OTROS DOCTORES QUE VEA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

HEIGHT/ALTURA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ WEIGHT/PESO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REASON FOR YOUR VISIT /MOTIVO DE SU** **VISITA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**HISTORY OF PRESENT ILLNESS (HPI)** IF APPLICABLE

**/HISTORIA DE LA ENFERMEDAD PRESENTE** (SI ES APLICABLE)

* **Location: (Where on the body symptom occurs)/Ubicación: (Donde se produce el síntoma del cuerpo): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **Duration:** How long have you had symptoms? How long does it last?) DATE OF ONSET

**/Duración:** ¿Cuánto tiempo has tenido síntomas? ¿Cuánto dura?) FECHA DE INICIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_ DAYS/DIAS, \_\_\_\_\_WEEKS/SEMANAS, \_\_\_\_MONTHS/MESES, \_\_\_\_\_ YEARS/Años

* **Severity/Gravedad:** no pain/ sin dolor, mild or moderate/moderado, severe/ severo, pain level/ nivel de dolor \_\_\_\_\_\_/10, worst pain /peor dolor \_\_\_\_\_\_\_/10, intermittent, constant / intermitente, constante:

(IF WORSE PLEASE EXPLAIN)/(SI ES PEOR, POR FAVOR EXPLIQUE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Quality/Calidad:** edema or swelling/ edema o hinchazón, aching/dolor, burning/ardor, cramping discomfort/ malestar por calambres, gnawing/persistente, stabbing/punzante, throbbing/palpitante, sharp pain/dolor agudo, dull pain/dolor sordo, superficial pain/dolor superficial, deep pain/dolor profundo

Occasional/ Ocasional, frequent/frecuente, constant/constante, worsening/ empeorando, improving/ mejorando, not changing/ no cambiando (IF OTHER PLEASE EXPLAIN/ SI OTRO, POR FAVOR EXPLIQUE) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **Timing/ Tiempo:** cannot identify/ no puede identificar , acute/desarrollado , chronic/chronico , abrupt/repentino , gradual/gradual , morning/por la manana , daytime/tiempo del dia , nighttime/noche , recurrent/recurrente , rare/raro , occasional/occasionalmente , intermittent episodes lasting/ episodios intermitentes que duran (**IF OTHER PLEASE EXPLAIN)/(SI OTRO, POR FAVOR EXPLIQUE):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# • Associated Signs/Symptoms/ Signos/Síntomas Asociados:

# (Other things that happen when this symptom occurs) PLEASE CIRCLE /

# (Otras cosas que suceden cuando se produce este síntoma) POR FAVOR CIRCULE

# Appearance/Apariencia, aching/dolor, weakness/debilidad, numbness/entumecimiento, tingling/hormigueo, swelling/hinchazon, redness warmth/ calor de enrojecimiento, ecchymosis/equimosis, dull pain/dolor sordo, sharp pain/dolor agudo, catching,atrapamiento,locking/bloqueo, popping/estallido, instability/ inestabilidad, radiation down leg/ radiación hacia abajo de la pierna, drainage/ drenaje, fever/calentura, chills/escalofrios, pressure/presion, leg swelling L / R or both/ hinchazón de las piernas Izquierda / Derecha o ambos, tiredness/ cansancio, easy fatigue/ fatiga fácil, legs tire easily when standing/ las piernas se cansan fácilmente al estar de pie, itching/ picazón, restless legs/ piernas inquietas, heaviness/ pesadez, burning/ ardor, discoloration/ decoloración, cramps/ calambres, tender to touch/ sensible al tacto, throbbing/ palpitaciones, bleeding from veins/ sangrado de venas, leg(s)ulcer/ úlcera(s) de piernas, recurrent ulcer/ úlcera recurrente, rash/ erupción

# (IF OTHER PLEASE EXPLAIN)/: (SI OTRO, POR FAVOR EXPLIQUE): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# • Alleviating Factors//Factores de alivio:

# (Things to make symptoms better) PLEASE CIRCLE / (Cosas para mejorar los síntomas) POR FAVOR CIRCULE

nothing helps/ nada ayuda , sitting/ sentado , standing/ de pie , lying down/ acostado , position change/ cambio de posición , heat/ calor , ice/ hielo , rest/ descanso , elevation/ elevación , stretching/ estiramiento , limited weight bearing/ peso limitado , PT/OT/terapias fisica y occupacional, chiropractic care/ cuidado quiropráctico , ESI/ Inyección epidural de esteroides , OTC medication/medicamento comprador sin receta medica , narcotics/narcoticos , NSAIDs/ Antiinflamatorio no esteroideo , cortisone injection/ inyección de cortisona, vicosupplement injection/ inyección de supplementos , orthotics/ ortesis , previous surgery/ cirugía previa , brace/ aparatos ortopédicos , crutches/muletas , cane/baston , wheelchair/silla de ruedas , walker/andador , compression stockings/medias de compresion, anti-inflammatories/ antiinflamatorios, other medications/ otros medicamentos , exercise/ejercicio

**(IF OTHER PLEASE EXPLAIN)/ (SI OTRO, POR FAVOR EXPLIQUE):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Aggravating Factors: Signs/Symptoms/ Factores agravantes: Signos/Síntomas**: (what makes the symptom occur or get worse)PLEASE CIRCLE /(lo que hace que el síntoma ocurra o empeore) POR FAVOR CIRCULE

Cannot identify/ No se puede identificar, sitting/ sentarse, standing/ de pie ,lying down/ acostarse, walking/ caminar, lifting/ levantar, carrying/portando, twisting/torcer, bending/doblar,/squatting/ en cuclillas, pushing/ empujar, pulling/jalando, throwing/lanzar, ROM, weight bearing/ cojinete de peso, exercise/ejercicio, computer use/ uso de computadora, changing clothes/ cambiar de ropa, getting out of bed/levantarse de la cama, going from sit to stand/ ir de sentarse a pararse, upstairs/subir los escalones, downstairs/bajar los escalones, morning/ en la manana, daytime/ en el dia, nighttime/ en la noche, cold weather/ clima fria, damp weather/clima humeda, previous surgery/cirugia previa, edema, previous childbirth/partos previos or menstrual cycle/ ciclo menstrual

**(IF OTHER PLEASE EXPLAIN)**/ **(**SI OTRO, POR FAVOR EXPLIQUE**): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Página 2 de 4

**PRIOR IMAGING:** IF **(YES)** PLEASE ENTER DATES BELOW THAT MAY APPLY **/IMAGEN PREVIA:** SI **(SI)** POR FAVOR INGRESAR LAS FECHAS ABAJO QUE PUEDEN APLICARSE:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ULTRASOUND/ULTRASOUNIDO |   | SEGMENTAL PRESSURES /PRESIONES SEGMENTALES |   |
| VEIN MAPPING/MAPEO DE VENAS |   | MRI/MRA- IMAGEN RESONANCIA MAGNETICA |   |
| CTA/CT SCAN /TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA |   |  |   |
| ANKLE BRACHIAL INDEX /INDICE TOBILLO BRAQUIAL |   |  |   |

EXISTING /PAST **Medical History:** Please circle **(YES)** if you have any of the following medical problems.

**/Historia Médica** EXISTENTE: Por favor, circule **(SI)** si tiene alguno de los siguientes problemas médicos.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ANGIOGRAMS, CATHETERIZATION – **Yes/Sí** | GASTROINTESTINAL ULCER OR BLEEDING /ULCERA GASTROINTESTINAL O SANGRADO –**Yes/ Sí** | LUNG, COPD/EPHYSEMA /PULMON, ENFISEMA - **Yes/Sí** |
| AMPUTATIONS /AMPUTACIONES - **Yes/Sí** | GERD (REFLUX) /REFLUJO GASTROESOFAGICO - **Yes/Sí** | LUPUS -**Yes/ Sí** |
| ANEMIA - **Yes/Sí** | GOUT /GOTA - **Yes/Sí** | MIGRANES/MIGRAÑAS - **Yes/Sí** |
| ANEURYSMS/ANEURISMA, SPECIFY LOCATION ESPECIFICAR UBICACIONES - **Yes/Sí** | HEART ARRYTHMIA /A –FIB /ARRITMIAS DEL CORAZON - **Yes/Sí** | NEUROPATHY / NERVE INJURIES /NEUROPATÍA/LESIONES DE LOS NERVIOS - **Yes/Sí** |
| ANGIOPLASTY IN THE PAST /ANGIOPLASTIA EN PASADO - **Yes/Sí** | HEART ATTACK /PARO CARDIACO - **Yes/Sí** | NUMBNESS /ADORMECIMIENTO - **Yes/Sí** |
| ARM PAIN /DOLER DE BRAZOS -**YES**/ **Sí** | HEART CONDITIONS, OTHER /CONDICIONES DE CORAZON, OTROS - **Yes/Sí** | OBESITY/OBESIDAD - **Yes/Sí** |
| SWELLING OF ARMS/HINCHAZON DE BRAZOS - **Yes/Sí** | HEART DISEASE /¿ENFERMEDAD DEL CORAZON? **Yes/Si** | OSTEOARTHRITIS /OSTEARTRITIS -**Yes/ Sí** |
| ASTHMA -**Yes/ Sí** | HEART FAILURE/CHF /FALLO DE CARDIACO –**Yes/ Sí** | RESTLESS LEG SYNDROME /SÍNDROME DE LA PIERNA INQUIETA - **Yes/Sí**, |
| BACK PAIN, CHRONIC/DOLOR DE ESPALDA, CRONICA -**YES/ Sí** | HEART, CARDIOMYOPATHY /CARDIOMIOPATIA DEL CORAZON -**Yes/ Sí** | PAIN SYNDROME, CHRONIC /SYNDROME DE DOLOR, CRONICO - **Yes/Sí** |
| BLEEDING DISORDER, GENETIC /TRASTORNO HEMORRAGICO, GENETICO - **Yes/Sí** | HEART, CORONARY ARTERY DISEASE /ENFERMEDAD DE LA ARTERIA CORONARIA - **Yes/ Sí** | PERIPHERAL ARTERY DISEASE /ENFERMEDAD ARTERIAL PERIFERICA-**Yes/ Sí** |
| BLOOD CLOTS / DVT /COAGULO DE SANGRE –**Yes /Sí** | HEPATITIS OR HIV /HEPATITIS O VIH - **Yes/Sí** | PNEUMONIA /NEUMONIA - **Yes/Sí** |
| BLOOD CLOTS, PULMONARY EMBOLISM /COAGULOS DE SANGRE, EMBOLIO PULMONAR - **Yes/Sí** | HYPERCHOLESTEROLEMIA /HIPERCOLESTEROLEMIA - **Yes/Sí** | POOR CIRCULATION, OTHER /MALA CIRCULACION, OTROS **-Yes/ Sí** |
| BLOOD CLOT DISORDER, EASY CLOTTING /TRASTORNO SANGUINEO- **Yes/Sí** | HIPERLIPIDEMIA/DISLIPIDEMIA- **Yes/Sí** | PSYC, ANXIETY DISORDER /TRASTORNO DE ANSIEDAD - **Yes/Sí** |
| BLOOD VESSEL PHLEBITIS /FLEBITIS- **Yes/Sí** | HYPERTENSION/HIGH BLOOD PRESSURE /PRESION/ALTA PRESION **-Yes/ Sí** | PSYC, BIPOLOR /PSYC, BIPOLOR –**Yes/Sí** |
| BYPASS SURGERY IN PAST /CIRUGIA DE DERIVACIONEN EL PASADO -**Yes/ Sí** | IMPLANTS IN BODY? TYPE /¿IMPLANTES EN CUERPO? TIPO - **Yes/Sí** | PSYC, DEPRESSION /PSYC, DEPRESION –**Yes/ Sí** |
| CANCER, SPECIFY TYPE /ESPECIFICAR TIPO - **Yes/Sí** | INFECTIONS CURRENTLY? /¿INFECCIONES? •**Yes/Sí** | PSYC, SCHIZOPHRENIA /PSYC, ESQUIZOFRENIA - **Yes/Sí** |
| CAROTID ARTERY DISEASE /ENFERMEDAD DE ARTERIA CAROTIDA -Yes/ **Sí** | KIDNEY DISEASE, OTHER /ENFERMEDAD DE RINON, OTROS. **Yes/Sí** | SKIN CONDITIONS /CONDICIONES DE LA PIEL - **Yes/Sí** |
| COAGULOPATHY/BLEEDING DISORDER /COAGULOPATIA/TRASTORNO HEMORRAGICO-**Yes/ Sí** | KIDNEY FAILURE /FALLO DE RINON –**Yes/Sí** | SPIDER VEINS /ARANAS VASCULARES –**Yes/ Sí** |
| DEMENTIA /DEMENCIA - **Yes/Sí** | KIDNEY CHORNIC RENAL INSUFFFICIENCY /INSUFICIENCIA RENAL - **Yes/Sí** | STENTS IN PAST /FERULAS EN EL PASADO - **Yes/Sí** |
| DIABETES 1 - **Yes/Sí** | KIDNEY RENAL FAILURE /FALLO RENAL-**Yes/Si** | STROKE OR TIA /DERRAME CEREBRAL - **Yes/Sí** |
| DIABETES 2 -**Yes/ Sí** | LEG/FOOT DISCOLORATION /DECOLORACION DEL PIE/PIERNA - **Yes/Sí** | THORACIC OUTLET SYNDROME /SINDROME DE SALIDA TORACICA - **Yes/Sí** |
| DIALYSIS? WHICH DAYS? / ¿Diálisis? ¿QUÉ DÍAS? •**Yes/Sí** | LEG/FOOT PAIN /DOLOR DE PIE/PIERNA –**Yes/Sí** | THYROID, HYPERTHYROIDISM /TIROIDES, HIPERACTIVA - **Yes/Sí** |
| DISSECTION, ARTERY /DISECCION, ARTERIA - **Yes/Sí** | LEG/FOOT, SWELLING /PIE/PIERNA-HINCHAZON - **Yes/Sí** | THYROID, HYPOTHYROIDISM /TIROIDES, HIPOTIROIDISMO- **Yes/Sí** |
| EDEMA, LEGS/FOOT, /PIERNA/PIE - **Yes/Sí** | LEG, GANGRENE IN PAST /PIERNA, GANGRENE EN PASADO - **Yes/Sí** | ULCER OR WOUNDS /ULCERAS O HERIDAS - **Yes/Sí** |
| END STAGE RENAL DISEASE/DIALYSIS /ENFERMEDAD RENAL DEL ESTADO FINAL/DIALISIS? **Yes/Sí** | LEG, NUMBNESS /PIERNA, ADORMECIMIENTO - **Yes/Sí** | VARICOSE VEINS /VENAS VARICOSAS - **Yes/Sí** |
| FIBROMYALGIA /FIBROMIALGIA -**Yes/ Sí** | LEG, ULCERS OR WOUNDS /PIERNA, ULCERAS - **Yes/Sí** | WALKING DIFFICULTY /DIFICULTAD DE CAMINAR - **Yes/Sí** |
| FOOT, GANGRENE IN PAST /PIE, GANGRENA EN PASADO - **Yes/Sí** | LEG WEAKNESS /DEBILIDAD DE LA PIERNA - **Yes/ Sí** | WALKER OR CANE? USE /¿ANDADOR O BASTON? USO - **Yes/Sí** |
| FOOT ULCER /ULCERAS DE PIES -**Yes/ Sí** | LIVER DISEASE /ENFERMEDAD DEL HIGADO - **Yes/Sí** | WHEELCHAIR USE /USO DE SILLA DE RUEDAS - **Yes/Sí** |
| GASTROINTESTINAL PROBLEMS /PROBLEMAS GASTROINTESTINALES -**Yes/ Sí** | LUNG DISEASE /ENFERMEDAD DEL PULMON- **Yes/Sí** | LYMPHEDEMA / Linfedema **Yes/ Si** |

Other (please Explain)/Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Past Hospitalizations/Surgeries and Approximate dates /Hospitalizaciones/Cirugías pasadas y fechas aproximadas:** |  |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**Family History:** Please list any medical problems in your relatives

**/Antecedentes familiares:** Por favor enumere cualquier problema médico en sus familiares

Father/Padre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mother/Madre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Siblings/Hermanos/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Other/Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Historia Social/Estado Civil**: **Tobacco Use: /Uso de tabaco:**

Single/Soltero Never Used/ Nunca usado

Married/Casado Quit/Dejar

Divorced/Divorciado When/Cuando: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Widowed/Viudo What Age/ Que edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Drug use/Uso de drogas**: -Never/Nunca what type and frequency/tipo y frecuencia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do you drink alcoholic beverages? / ¿Bebes bebidas alcohólicas? •Yes/Sí or NO

how many per day or week/cuantas por semana o por dia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Do you excercise regularly /Haces ejercicio regularmente? Yes/Sí or NO

How many days out of the week? / ¿Cuantos dias por semana? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Are you pregnant? / ¿Estás embarazada? Yes/Sí or NO Number of pregnancies /Número de embarazos \_\_\_\_\_\_

Number of Births /Número de nacimientos\_\_\_\_\_\_ Are you trying to get pregnant? / ¿Está tratando de quedar embarazada? \_\_\_\_\_\_

Are you breastfeeding/ ¿Estás amamantando? Yes/Sí or NO

Are you on any Current Birth Control Method? / ¿Estás en algún método anticonceptivo actual? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do you reside in a nursing home /¿Reside en un asilo de ancianos: Yes/Sí or NO?

 If yes, please name facility and phone number /En caso afirmativo, por favor nombre el centro y el número de telefono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **Do you take any of the following Medications? /¿Toma alguno de los siguientes medicamentos?** |   |
| **Asprin/Aspirina Yes/Sí o No** |  **Plavix**  | **Yes/Sí o no**  |
| **Lovenox Yes/Sí o No** |  **Coumadin/Warfarin** | **Yes/Sí o no**  |
| **Other blood thinners/Otros anticoagulantes Yes/Sí o No****Current Medications /Medicamentos actuales:** |  **Anti – Inflammatory / Antiinflamatorio** | **Yes/Sí o no** |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

# Medication Allergies /Alergias a medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Other Allergies/ Otras Alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**What type of reaction /¿Qué tipo de reacción?**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Review of systems /Revisión de sistemas**

(Please check **YES** if you have any of the following problems). /Compruebe **SI** si tiene alguno de los siguientes problemas).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONSTITUTIONAL** |  | **Ears/Nose/Mouth/Throat Orejas/Nariz/Boca/Garganta(spanish)** | **Eyes/Ojos** |  |
| Good General Health /Buena salud en general |   | Sí | Hearing loss or ringing /Pérdida auditiva o zumbido |   | Sí | Wear glasses/contacts Usar gafas/contactos |   | Sí |
| Recent weight change/Cambio de peso reciente |   | Sí | Sinus Problems /Problemas sinuosos |   | Sí | Blurred vision or double vision /Visión borrosa/doble |   | Sí |
| Night sweats, fevers /Sudores nocturnos, fiebres |   | Sí | Nose bleeds /Sangrados nasales |   | Sí | Eye disease or injury /Enfermedad ocular o lesión |   | Sí |
| Fatigue/Fatiga |   | Sí | Sore throat/voice change Dolor de garganta / cambio de voz |   | Sí | Glaucoma |   | Sí |
|  **Cardiovascular** |  |  |  **Respiratory /Respiratorio** |  |  | **Gastrointestinal** |   |  |
| Chest Pains/Dolor en el pecho |   | Sí | Shortness of breath /Dificultad para respirar |   | Sí | Nausea/vomiting /Náuseas/vómitos |   | Sí |
| Palpitations/Palpitaciones |   | Sí | Cough/Tos |   | Sí | Abdominal pain /Dolor abdominal |   | Sí |
| Heart Problems/Problemas cardíacos |   | Sí | Wheezing/asthma /Sibilancias/asma |   | Sí | Rectal bleeding /Sangrado rectal |   | Sí |
| Swelling of hands and feet/Hinchazón manos/pies |   | Sí | Coughing up blood /Toser sangre |   | Sí | Bowel problems /Problemas intestinales |   | Sí |
| **Musculoskeletal /Musculoesquelético** |  |  | **Neurological /Neurologico** |  |  | **Integumentary (Skin/Breast) /** **Integumentario(Piel/Pecho)** |   |  |
| Muscle pain or cramp /Dolor muscular o calambre |   | Sí | Frequent headaches /Dolores de cabeza frecuentes |   | Sí | Change in hair or nails /Cambio en el cabello o las uñas |   | Sí |
| Stiffness/swelling joints /Rigidez/inflamación de las articulaciones |   | Sí | Paralysis or tremors /Parálisis o temblores |   | Sí | Rashes or itching /Ronchas o picazón |   | Sí |
| Joint pain /Dolor articular |   | Sí |  Convulsiones or Seizures/Convulsiones |   | Sí | Breast lump /Bulto en el pecho |   | Sí |
| Trouble walking /Problemas para caminar |   | Sí | Numbness/tingling /adormecimiento/hormigueo |   | Sí | Breast pain/discharge /Dolor/descarga de senos |   | Sí |
| **Endocrine /Endocrino** |  |  | **Hematologic/Lymphatic** |  |  | **Coagulation /Coagulación** |   |  |
| Excessive thirst/urination /Sed/micción excesiva |   | Sí | Bruise easily /Hematomas fácilmente |   | Sí | Frequent Bruising /Hematomas frecuentes |   | Sí |
| Thyroid/Tiroides |   | Sí | Slow to heal /Lento para sanar |   | Sí | Abnormal clotting /Coagulación anormal |   | Sí |
| Hormone Problem/Problema hormonal |   | Sí | Enlarged glands /Glándulas agrandadas |   | Sí | Abnormal Bleeding /Sangrado anormal |   | Sí |
| **Genitourinary – Male Only /Genitoinario – Solo Masculino** |  |  | **Genitourinary – Female Only /Genitoinario – Solo femenino** |  |  | Bleeding after other operations /Sangrado después de otras operaciones |   |  |
| Blood in Urine/Sangre en la orina |   | Sí | Blood in Urine/Sangre en la orina |   | Sí | **Psychiatric** **/Psiquiátrico** |   | Sí |
| Kidney stones /Cálculos renales |   | Sí | Kidney stones /Cálculos renales |   | Sí | Insomnia /Insomnio |   | Sí |
| Sexual Problems/Problemas sexuales |   | Sí | Sexual Problems/Problemas sexuales |   | Sí | Confusion/Memory Loss /Confusión/Pérdida de memoria |   | Sí |
| Testicle Pain/Dolor de testículos |   | Sí | Menstrual problems /Problemas menstruales |   | Sí |  Depression /Depresión |   | Sí |

 Página 4 de 4

**Please be specific on how your vein symptoms limit or affect your activities of daily living:** (required by your Insurance). **Por favor, sea específico sobre cómo sus síntomas venlosos limitan o afectan sus actividades de la vida diaria:** (requerido por su seguro).

* Limits and prevents me from standing long periods at work /Limita y me impide permanecer de largo período en el trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Limits or prevents me from house hold chores /Limita o me impide mantener las tareas de la casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Do your symptoms affect your daily living if so, please explain /¿Sus síntomas afectan su vida diaria si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

**VEIN HISTORY**

**/HISTORIA DE LA VENA**

**Have you had vein treatments before? / ¿Has tenido tratamientos para venas antes? Yes/ Si or No**

when and for how long? / cuándo y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

When did you first notice your enlarged or discolored veins? / ¿Cuándo notaste por primera vez tus venas agrandadas o decoloradas? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Where are the veins you are seeking a medical opinion located? / ¿Dónde están las venas que busca una opinión médica? Face/Cara Legs/Pierna (s) Circle/Círcula) Right leg/Pierna derecha Left Leg/Pierna izquierda Both/Ambos

Have you ever worn prescription grade compression stockings? / ¿Alguna vez has usado medias de compresión de grado de prescripción? Yes/ Si or No

when and for how long? / ¿cuándo y durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Do you have a family history or vein problems? / ¿Tienes antecedentes familiares o problemas con las venas? Yes/Si or No

What family member? / ¿Qué miembro de la familia? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Please  next to the symptoms that apply to you: Aching/Dolor Appearance/Aparencia Burning/Ardor Cramps/Calambres

Dull Pain / Dolor sordo

 Swelling/ Hinchazon Heaviness/Pesadez Itching/ Picazon

 Leg Ulcers/ Ulceras en las piernas Sharp Pain/ dolor agudo

 Pressure/ Presion Throbbing/ Palpitante Tiredness/Cansancio

 Tingling /Hormigueo

# Name of Pharmacy /Nombre de la Farmacia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Address/Direccion**:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Phone number /Numero de telefono:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Patients Signature/Firma del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date/Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PHYSICIAN SIGNATURE /FIRMA DEL MÉDICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Date/Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**POLÍTICA FINANCIERA**

Al entrar en la relación médico-paciente, aceptamos proporcionar atención médica de calidad a un precio justo y razonable, acepta que es su obligación entender sus beneficios de seguro medico y estar preparado en el momento de servicio. Esta es una explicación de nuestra política financiera, por lo que no hay sorpresas desagradables.

* **Los copagos, deducibles y/o coseguros se deben pagar en el momento del servicio.** Aceptamos Efectivo, MasterCard, Visa, American Express, Discover y Crédito de Cuidado. NO ACEPTAMOS CHEQUES. Si no está dispuesto a pagar la cantidad requerida, para reprogramar la cita. La responsabilidad financiera estimada de los servicios programados seran ***antes de*** estos servicios que se prestan. Cualquier saldo restante después de que sus planes de salud paguen se pagará al recibir un estado de cuenta. Si la cobertura del seguro medico no se puede verificar antes de la cita, la cuenta anotará como "Autopago" y el pago se pagará por completo. El saldo de la cuenta durante 90 días sin actividad de pago se notificará a la(s) oficina(s) de crédito.

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* **Su póliza de seguro medico es un contrato entre usted y su aseguradora.Es su responsabilidad saber lo que cubre su póliza y lo que no, aunque le ayudaremos a sacar el máximo provecho de sus beneficios.**Cuando su cobertura es verificada por nuestra oficina personal, se nos da un descargo de responsabilidad informándonos que es sólo una cotización de beneficios y no una garantía de pago. El pago se determina una vez que la reclamación es recibida y procesada por su aseguradora. Cualquier artículo considerado "No Cubierto" será su responsabilidad financiera. No aceptamos 'Pagos habituales y consuetudinarios. Cualquier disputacion sobre el pago debe ser resuelto entre usted y su aseguradora. Usted es responsable de garantizar una referencia y/o autorización debidamente fechadas si así lo requiere para los servicios que se prestan. Es su responsabilidad asegurarse de que tiene un autor posterior durante el tratamiento en curso. Usted también es responsable del pago si su reclamo niega falta de referencia/autorizaciones.

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* Como cortesía para usted, presentaremos el seguro medico principal participante para usted con la asignación adecuada. No se aceptará el seguro medico si se presenta después de 3 días hábiles a partir de la fecha de su cita. Cualquier política adicional será suya para presentar con su recibo de nuestra oficina. Por favor traiga su(s) tarjeta(s) de seguro(s) con usted para cada y proporcionar a la recepción cualquier información actualizada en el momento de llegar a su cita. Todos los saldos restantes son su responsabilidad de satisfacer antes de que se presten servicios adicionales.

***Inicial*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* Esta oficina no es parte en disputas o acuerdos legales. La responsabilidad financiera recae en el paciente.

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* Se aplica una tarifa de $25.00 para formularios FMLA/Disability. Esta tarifa se cobra por incidente y se cobra en tel tiempo que usted solicita la finalización. Las Compañías de Seguros medicos no pagarán estas tarifas.

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* Si llega 15 minutos tarde, será necesario reprogramar su cita. Usted será responsable de la tarifa de cita perdida de $ 85.00. Las tarifas de no venir a su cita o por llegar tarde a su cita se aplicarán a las citas que no se cancelen 24 horas antes de la cita. Las formas para pacientes nuevos que no se haya completado para la hora de la cita dará como resultado una tarifa de cita perdida y la cita deberá reprogramarse.

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

* Los pagos y créditos se aplican primero a los cargos más antiguos, excepto a los pagos de seguro medico, que se aplican a la(s) fecha(s) de servicio correspondiente(s).

***Inicial\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

**ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

Solicito el pago de los beneficios médicos, de lo contrario pagaderos a mí, directamente a Joel Gotvald, MD, PA: Austin Vascular & Vein Especialistas por los servicios que se les proporcionan. He leído y entiendo la política financiera de la práctica y acepto estar obligado por sus términos. También entiendo y acepto que los términos pueden ser modificados por la práctica en cualquier momento.

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

Parte responsable, ***nombre impreso*** (debe ser de 18 años o más) Fecha

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

Parte Responsable, ***Firma***(Debe ser de 18 años o más) Fecha