VEIN ENVY
DR. RYAN JONES

14044 W. Camelback Rd. Ste 226, Litchfield Park, AZ 85340
Teléfono 623-233-1050 Fax 623-215-7137

Formulario de Registro del Paciente

Apellido:_____ Primer Nombre:_____ Initial:_____
Dirección:_____
Ciudad:_____ Estado:_____ Codigo Postal:_____
Teléfono::_____ Trabajo:_____ Celular: _____
Correo Electrónico:_____
☐ Regístrame para recibir el boletín electrónico / actualizaciones de Vein Envy

Sexo: ☐ H ☐ M Estado Civil : ☐ S ☐ C ☐ D ☐ V Fecha de Nacimiento: _____
Seguro Social #: _____-____-_____

Empleador:_____ Tiempo : ☐Completo ☐Parcial ☐Retirado(a)
Médico Familiar:_____ Teléfono #:_____
Médico Referente:_____ Teléfono #:_____
Contacto de Emergencia: _____
Nombre Telefono# Relación

Seguro Primario
Plan de Seguro:_____
Nombre del titular de la póliza:_____
Fecha de Nacimiento:_____
Relación al paciente:_____
El plan es: ☐ HMO ☐ PPO Copago: $_____
ID#_____ Grupo #_____

Seguro Secundario
Plan de seguro:_____
Nombre:_____
Fecha de Nacimiento:_____
Relación al paciente:_____
El plan es: ☐ HMO ☐ PPO Copago: $_____
ID#_____ Grupo#_____

Farmacia Preferida:_____
Nombre Encrucijada
¿Es el inglés tu idioma principal? ☐ Si ☐ No Si es No, especifique :_____
¿Tiene una directiva avanzada, un testamento vital o un apoderado para la atención médica?
☐ Yes ☐ No
¿Tiene creencias o prácticas que puedan afectar la forma en que le enseñamos (por ejemplo, religiosas, culturales o espirituales)? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A
¿Cómo escuchó sobre nosotros? ☐ Referencia Medica ☐ Familiar/Amigo ☐ Redes Sociales
Otro: _____

Nombre:_____ Firma :_____ Fecha:_____

VEIN ENVY
DR. RYAN JONES

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Marque los síntomas que le aplique a usted:
☐Dolor/Molestia ☐Hemorragias en las Piernas ☐Ardor ☐Calambres ☐Pesadez/Cansancio ☐Comezón ☐Entumecimiento ☐Piernas inquietas ☐Venas de araña ☐Hinchazón ☐Cambios en el color de la piel ☐Hormigueo ☐Palpiteos ☐Úlcera(s) ☐Venas varicosas ☐Otro:_____
Severidad en pierna derecha: ☐Leve ☐Mod ☐Severa
Severidad de la pierna izquierda: ☐Leve ☐Mod ☐Severa

Su Ocupación:_____
Prolongado: ☐Sentado(a) ☐Parado(a) ☐Ambos

¿Cuánto tiempo tiene con el problema en sus piernas?_____
Los Síntomas Empeoran:
☐Día ☐Noche ☐Ambos ☐Varía Otro_____

Actividades en la Vida Diaria Afectadas Adversamente:
☐Trabajar ☐Tareas ☐Cuidar de la familia ☐Viajar ☐Escaleras ☐Levantamiento Pesado ☐Compras ☐Ejercicio ☐Levantándose de estar sentado ☐Caminar ☐Jardineria ☐Inmovilidad

Los Síntomas Empeoran Por
☐Caminar ☐Ejercicio ☐Sentar/Parar Mucho Tiempo ☐Calor ☐Baños Calientes ☐Premenstrual ☐Embarazo ☐Viajar
Otro:_____
Los Síntomas Mejoran Con
☐Medicamento ☐Descansar ☐Elevar las Piernas ☐Masajear las Piernas ☐Ejercicio ☐Compresión
Otro_____

Uso de medias de compresión
¿Ha usado medias de compresión? ☐Sí ☐ No
¿Cuánto tiempo?_____

He intentado lo siguiente:
☐Elevar ☐Ejercicio ☐Bajar de Peso ☐Evitar estar sentada/de pie por mucho tiempo ☐Remojar en agua tibio/fría ☐Caminar ☐Medicamentos

Síntomas adicionales
☐Dolor pélvico ☐Dolor con el coito ☐Dolor de cadera ☐Dolor de espalda ☐Dolor abdominal inferior

Historial Médico Pertinente de las Piernas
☐Desorden sangrante ☐Úlceras ☐Lesiones ☐Coágulos superficiales ☐Coágulos profundos ☐Inflamación ☐Infecciones ☐Cirugía de cadera/rodilla ☐¿Qué pierna? ☐Izquierda ☐Derecha
Otra _____

Tratamiento(s) Previo(s) de venas ☐Sí ☐No
Tratamientos _____
Fecha/Lugar _____

Condiciones Médicas Anteriores o Actuales
Check all that apply to you:
☐Sin problemas ☐Alta Presión Sanguínea ☐Colesterol Alto ☐Infarto de Miocardio ☐Diabetes ☐¿Cáncer, tipo? _____
Otro _____

Cirugías Anteriores: ☐Ninguna **Fechas:**
_____
_____
_____
_____

Historial familiar ☐Ninguno
☐Venas Varicosas ☐Úlceras ☐Trombosis Venosa profunda ☐Embolia Pulmonar ☐Hipertensión ☐Cardiopatía
Quien: *Madre, Padre, Hermana, Hermano, Abuelo*
Otro _____

VEIN ENVY
DR. RYAN JONES

Nombre del Paciente:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____

Marque todo lo que le corresponda:

Caffeina: ☐Nunca ☐Ocasionalmente ☐Diario

Alcohol: ☐Nunca ☐Anteriormente ☐Diario ☐Social

Fumar: ☐Nuna ☐Anteriormente

☐Deje___Meses/Años

☐De vez en cuando, con qué frecuencia y cuántas _____ ☐Diario, ____ paquete(s) /día

Vacuna Pneumococcal ☐Si ☐No

Vacuna del Flu ☐Si ☐No

¿Has estado embarazada alguna vez? ☐Sí #____

¿Es alérgico a algún medicamento?

☐Si ☐No

Si es así, ¿a qué? _____

¿Cuál es la reacción? _____

Medicamentos: ☐Ninguna

_____

_____

_____

_____

_____

Revisión de sistemas

Síntomas constitucionales ☐**Sin Quejas**

☐Calentura ☐Escalofríos ☐Aumento/pérdida de peso

Ojos ☐**Sin Quejas**

☐Visión borrosa ☐ Visión doble

Oídos, nariz, boca y garganta ☐**Sin Quejas**

☐Pérdida de la audición ☐Dolor de oído ☐Mareos

☐Dolor de mandibula ☐Hinchazón del cuello

☐Tinnitus

Cardiovascular ☐**Sin Quejas**

☐Dolor de pecho ☐Aturdimiento

☐Síncope ☐Palpitaciones

Respiratorio ☐**Sin Quejas**

☐Tos ☐Disnea ☐Sibilancias

Gastrointestinal ☐**Sin Quejas**

☐Dolor abdominal ☐Náusea ☐Diarrea

☐Estreñimiento

Genitourinario ☐**Sin Quejas**

☐Dolor pélvico ☐Dificultad para orinar

☐Dolor genital ☐Presión pélvica

Musculoesquelético ☐**Sin Quejas**

☐Dolor de cuello ☐Dolor en las articulaciones

☐Calambres musculares

Piel/Senos ☐**Sin Quejas**

☐Erupció ☐Dolor en los seno ☐Pérdida de cabello

☐Cambio de piel

Neurológico ☐**Sin Quejas**

☐Dolores de cabeza ☐Convulsiones ☐Desmayos

Psiquiátrico ☐**Sin Quejas**

☐Depresión ☐Ansiedad ☐Exceso de energía

☐Insomnio

Endocrino ☐**Sin Quejas**

☐Sed excesiva ☐Sensibilidad excesiva al calor/frío

Hematológico ☐**Sin Quejas**

☐Anemia ☐Sangrado fácil ☐Fatiga

☐Infecciones recurrentes

Inmunológico ☐**Sin Quejas**

☐Urticaria ☐Picazón de garganta ☐Enrojecimiento de los ojos ☐Dificultad para tragar

¿Hay algún otro historial médico que debamos tener en cuenta? Por favor explique abajo:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Physician Signature: _____

VEIN ENVY
DR. RYAN JONES

Patient Name: _____ DOB: _____

Medical Practitioner Only ----------

Physical Exam: _____

CEAP Clinical Signs:_____

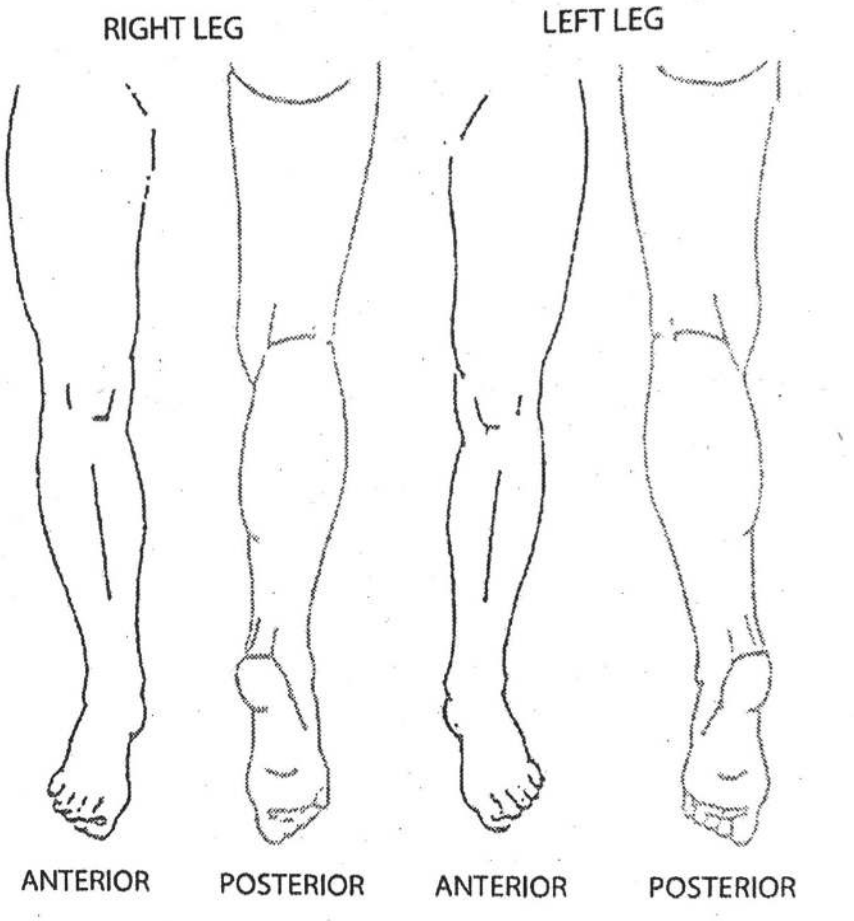
Right Leg	**Left Leg**
☐ No Signs of Veins	☐ No Signs of Veins
☐ Active/Healed Ulcer(s)	☐ Active/Healed Ulcer(s)
☐ Edema	☐ Edema
☐ Pigmentation	☐ Pigmentation
☐ Varicose Veins	☐ Varicose Veins
☐ Spider Veins	☐ Spider Veins

Clinical Assessment:

Chronic Venous Insufficiency Leg: ☐ Right ☐ Left

Treatment Plan:

☐ Ultrasound ☐ Compression Stockings ☐ Sclerotherapy



VEIN ENVY
DR. RYAN JONES

Póliza financiera de Vein Envy

Gracias por elegir a Vein Envy. **Lea atentamente e inicialice cada declaración y firme a continuación.** Esta póliza se ha implementado para garantizar que se recuperen los pagos financieros adeudados, lo que nos permite continuar brindando atención médica de calidad a nuestros pacientes. Es importante que trabajemos juntos para asegurar que los pagos por servicios sean lo más simples y directos posible. Nuestro departamento de facturación estará encantado de analizar estas políticas con usted.

1. _____ Entiendo que si no tengo mi tarjeta de seguro, referencia y/o copagos, mi cita puede ser reprogramada hasta el momento en que pueda proporcionar los documentos o pagos requeridos. También autorizó la asignación de beneficios de mi aseguranza a Vein Envy.

2. _____ Entiendo que si mi cuenta no se paga por completo, mi cuenta será entregada a una compañía de cobros de terceros para su posterior procesamiento y seré responsable de pagar cualquier tarifa de cobranza incurrida por la práctica. Cualquiera de estos cargos se agrega al saldo pendiente adeudado. No se harán citas adicionales para cuentas morosas hasta que se actualicen. Se va requerir una prueba de que su balance está pagado antes de su próxima cita.

3. _____ Entiendo que si no puedo hacer una cita programada, debo comunicarme con Vein Envy al menos **24 horas** antes de la hora programada para mi cita. Si un paciente pierde 2 visitas, Vein Envy se reserva el derecho de descontinuar la relación proveedor-paciente. Se le enviará una carta al paciente notificándose sobre dicho cambio.

4. _____ Es mi responsabilidad proporcionar la información correcta del seguro y notificar a Vein Envy si hay un cambio en la cobertura, residencia o número de teléfono de mi seguro. También es mi responsabilidad proporcionar a mi compañía de seguros cualquier información que pueda solicitarles para procesar un reclamo de servicios. Si el seguro rechaza un reclamo porque no proporcionó la información correcta del seguro o no respondí a las solicitudes de información de manera oportuna. Entiendo que seré financieramente responsable de todos y cada uno de los tratamientos recibidos. Podré pagar en completo o solicitar un plan de pagos.

5. _____ **Entiendo que si no me presento a mi cita, o no reprogramo mi cita 24 horas antes de la hora de la cita, se agregará un cargo de $50.00 a mi cuenta. Si no me presento para mi procedimiento, se agregará un cargo de $100.00 a mi cuenta. Entiendo que es mi responsabilidad estar al tanto de los horarios de mis citas.**

6. _____ He leído y entiendo la Política financiera anterior y estoy de acuerdo en cumplir con sus términos.

_____ _____

Nombre del Paciente Firma del Paciente/Persona Responsable

_____

Fecha

RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRÁCTICA DE PRIVACIDAD

Yo (Nombre del paciente impreso) _____ reconozco que me han ofrecido una copia de “Aviso de prácticas de privacidad” de VEIN ENVY. Este aviso describe cómo Vein Envy puede usar y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgar mi información de salud protegida, ciertas restricciones en el uso y divulgación de mi información de salud y los derechos que pueda tener con respecto a mi información de salud protegida.

_____ _____

(Firma del Paciente, o Representación Personal) (Fecha)

_____

(Relación con el paciente)

Consentimiento de divulgación de fotos del paciente

Por la presente autorizo al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y al personal a usar mis fotos para cualquier información contenida en este documento sobre los esfuerzos de relaciones con la oficina. Entiendo y apruebo la divulgación de las fotos y la información a la oficina de Vein Envy. Reconozco que este formulario no le otorga a Vein Envy el permiso legal para publicar mis fotos en ningún medio por ningún motivo.

Entiendo que estoy proporcionando las fotos y la información al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y que mi proveedor de atención médica tratante no proporcionará ninguna información protegida a los medios, incluida la información de salud privada en mis registros médicos, cuya confidencialidad puede ser protegida por los estatutos y reglamentos federales y estatales, incluida la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud (HIPAA).

☐ Autorizo a Vein Envy a tomar fotos de antes y después de mis piernas para mis registros personales con el fin de comparar los resultados de mi tratamiento.

☐ Autorizo a Vein Envy a usar mis fotos para medios / relaciones públicas. Reconozco que mi información personal no estará vinculada al uso de estas fotos de antes y después.

Nombre Impreso: _____ Fecha:_____

Firma del Paciente: _____

Testimonio del paciente, foto, consentimiento de divulgación

Propósito del consentimiento: al firmar este formulario, usted acepta que el Dr. Ryan Jones / Vein Envy use y divulgue sus testimonios, fotos y usted reconoce que pueden distribuirse al público.

Derecho de revocación: tiene derecho a revocar esta liberación en cualquier momento mediante notificación por escrito de su revocación y enviándola a la persona contratada que se detalla a continuación. Por favor, comprenda que la revocación de esta versión no afectará ninguna acción que el Dr. Ryan Jones / Vein Envy haya tomado en dependencia de esta versión antes de su revocación.

Consentimiento para Liberación

Por la presente autorizo al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y al personal a usar mi testimonio, fotos y cualquier información contenida en este documento para sus esfuerzos de relaciones públicas/ medios. Entiendo y apruebo la divulgación del testimonio, la foto y la información a los medios y otras personas y entidades que puedan estar involucradas en los esfuerzos de relaciones públicas/ medios de comunicación del Dr. Ryan Jones / Vein Envy.

Entiendo que estoy proporcionando el testimonio, la foto y la información al Dr. Ryan Jones / Vein Envy y que mi proveedor de atención médica tratante no proporcionará ninguna información protegida a los medios, incluida la información de salud privada en mis registros médicos, cuya confidencialidad puede estar protegida por los estatutos y reglamentos federales y estatales, incluida la ley de responsabilidad y portabilidad del seguro médico (HIPAA).

Renuncio al derecho de aprobación previa y por la presente libero al Dr. Ryan Jones / Vein Envy de cualquier reclamo por daños y perjuicios de cualquier tipo basado en el uso de mi testimonio, fotografía o información en el testimonio. Al firmar a continuación, acepto y reconozco que he leído y comprendido la versión anterior y acepto todos los términos descritos. Soy mayor de edad y firmó libremente este consentimiento para divulgar mi testimonio del paciente y otros medios que le proporcione al médico.

Firma del Paciente: _____ Fecha:_____