

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES
REGISTRO DE PACIENTE

NAME: _____
 APELLIDO NOMBRE INICIAL

FECHA DE NACIMIENTO _____

DIRRECCION _____

NO DE TELEFONO () -

Ocupacion _____

ETNICIDAD _____ IDIOMA PRIMARIO _____

NO DE SEGURO SOCIAL # - -

NOMBRE DEL DR. PRIMARIO _____

No. DE TELEFONO DE DR. PRIMARIO _____

PERSONA A LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____

TELEFONO DE EMERGENCIA _____

RELACION _____

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES COBRARÁ UN COPAGO POR PRIMERA CONSULTA CON EL DOCTOR Y VISITAS SUBSIGUIENTES EL DÍA DE SU CITA. ALGUNAS COMPAÑÍAS ASEGURADORAS REQUIEREN UN COPAGO POR PROCEDIMIENTOS TALES COMO ECHOCARDIOGRAMAS, EXÁMENES DE ESFUERZO FÍSICO, Y ESTUDIOS DE PERFUSIO AL MICARDIO; ESTOS COPAGOS SERÁN COBRADOS AL PACIENTE.

AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION MÉDICA

YO AUTORIZO A CUALQUIER INSTITUCIÓN QUE POSEA INFORMACIÓN MÉDICA ACERCA DE MÍ, PARA QUE PROPORCIONE DICHA INFORMACIÓN SI ES SEQUERIDA POR MI COMPAÑÍA ASEGURADORA O CUALQUIER OTRA INSTITUCIÓN CON EL PROPÓSITO DE DETERMINAR LOS BENEFICIOS POR LOS SERVICIOS PROPORCIONADOS.

ASIGNACION DE BENEFICIOS

YO AUTORIZO QUE LOS PAGOS DEL SEGURO MEDICO SE HAGAN DIRECTAMENTE AL DOCTOR POR CUALQUIER SERVICIO RENDIDO QUE NO HA SIDO PAGADO DIRECTAMENTE POR MI. **ENTIENDO QUE SOY ECONÓMICAMENTE RESPONSABLE CON CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES (CVMA) POR CARGOS NO CUBIERTOS BAJO ESTE ACUERDO. ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A CVMA DE CUALQUIER CAMBIO EN MI SEGURO MEDICO.** AUTORIZO REEMBOLOSO POR SOBREPAGO DEL BENEFICIO DEL SEGURO CUANDO SEA SUJETO A COORDINACIÓN DE BENEFICIOS. EN EL EVENTO DE UNA ORDEN DE PAGO POR MEDIO DE CORTE SOY RESPONSABLE POR LOS GASTOS INCLUYENDO PAGOS DE ABOGADO.

AUTORIZACION PARA TRATAMIENTO

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA EXÁMENES, TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS QUE PUEDAN SER NECESARIOS DURANTE MIS VISITAS AL DOCTOR INCLUYENDO TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA QUE SEAN CONSIDERADOS NECESARIOS POR EL DOCTOR O LA ENFERMERA PRACTICANTE.

SI LA COBERTURA DE MI SEGURO MEDICO NO PUEDE SER VERIFICADA ANTES DE UNA CITA, EL PAGO PUEDE SER COBRADO EN EL MOMENTO DE MI VISITA Y SERÉ RESPONSABLE POR LOS GASTOS INCURRIDOS.

SIGNATURE _____

DATE _____

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES

Cardiovascular Disease- Internal Medicine

(562) 869-1511 * Fax (562) 869-0771

Kaushal R. Tamboli, MD F.A.C.C.
Paul H. Yoshino, MD

Paiboon Mahaisavariya, MD F.A.C.C.
Jocelyn D. Sampedro, MSN NP

Downey Regional Medical Plaza
11480 Brookshire Ave #307
Downey Ca, 90241

St Francis Medical Plaza
3628 E. Imperial Blvd #201
Lynwood Ca, 90262

NAME/NOMBRE _____ **DOB/Fecha dnacimiento** _____

Allergies/Alergias _____

History of past Illness (Have you had?)/Enfermedades pasadas (Ha tenido)

Congestive heart failure/insuficiencia cardíaca	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Heart attack/Infarto de Corazón	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Heart disease/enfermedad del Corazón	NO	YES/SI	When/Cuando _____
High Blood Pressure/Hipertensión	NO	YES/SI	When/Cuando _____
High Cholesterol/ Colesterol alto	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Diabetes	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Strokes/Embolia	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Rheumatic Fever/Fiebre Reumática	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Anemia/Anemia	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Cancer	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Psychiatric Illness/Problemas Psiquiátricos	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Muscles and Bones/Músculos o Huesos	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Problems with Liver/Problemas con Hígado	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Problems with Kidneys/Problemas con Riñones	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Asthmas/Asma	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Peptic Ulcer/Ulceras	NO	YES/SI	When/Cuando _____
Serious Disease/Enfermedades Graves	NO	YES/SI	When/Cuando _____

Vascular

Pain in legs at rest or with ambulation/
Dolor en las piernas **NO YES/SI** When/Cuando _____

Do you have any discomfort or aching in the muscles
of your legs when you walk that is relieved by rest?
*¿Siente alguna molestia o dolor en los músculos de las piernas
cuando camina y se alivia al descansar?* **NO YES/SI** When/Cuando _____

Do your legs ever feel fatigued or heavy when walking
or active? **NO YES/SI** When/Cuando _____
*¿Alguna vez siente las piernas fatigadas o pesadas cuando camina o
está en actividad?*

Do you ever need to stop and rest when walking or have
difficulty keeping up with others? **NO YES/SI** When/Cuando _____
*¿Alguna vez se detiene a descansar cuando camina
o tiene dificultad para seguir el ritmo de los demás?*

Do your feet or toes bother you at night?
*¿La mayoría de las noches le molesta una sensación de quemazón
dolor o frío en los pies o dedos de los pies?* **NO YES/SI** When/Cuando _____

Have you noticed a difference in color or temperature
in your feet? **NO YES/SI** When/Cuando _____
¿Ha notado cambios en el color o la temperatura de los pies?

Have you noticed that wounds take longer to heal? **NO YES/SI** When/Cuando _____
 ¿Ha observado que las heridas tardan mucho en sanar?

Would you have difficulty doing any of the following because of leg fatigue, weakness, or discomfort?
 ¿Tendría dificultad para hacer alguna de las siguientes actividades debido a fatiga, debilidad o molestias en las piernas?

	NO DIFFICULTY	SOME DIFFICULTY	UNABLE
Walking one block/ <i>Caminar una cuadra</i>	1	2	3
Climbing one flight of stairs? <i>/Subir un tramo de escaleras</i>	1	2	3
Walking at an increased pace? <i>/Caminar a ritmo rapido</i>	1	2	3

Do you have a history of, or take medication for any of the following? (please check)
 Diabetes or "borderline" diabetes
 Smoking or history of smoking or tobacco use

Ever Hospitalized/Ha sido Hospitalizado?
 Explain/Explique _____

Ever had Surgery ?/Ha Tenido Cirugías?
 Explain/Explique _____

Social History/Historia Social

Alcoholic beverages/Bebidas alcoholicas

Tobacco or Cigarettes/Tabaco o Cigarillos

.Exercise/ejercicio

.Recreational drugs/Consume drogas

Never/Nunca	Yes/Si	How much/Cuanto

Have you ever had/Ha tenido

Stress test / examen de stress **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Echocardiogram (ultrasonido del corazón) **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Cardiac Catherization / caterización cardíaca **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Coronary Angioplasty/stent / angioplastía coronaria **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Coronary Bypass Surgery – cirugía coronaria **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Valve Surgery - cirugía de la válvula **NO YES/SI** When/Cuando _____
 An Electrophysiology Study (EPS) **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Pacemaker or Difibrillator - Marcapaso **NO YES/SI** When/Cuando _____

Family History/Historia Familia *Has anyone in your family ever had?/Ha habido en su familia*

Heart Trouble/Enfermedad del Corazón **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Stroke/Embolio **NO YES/SI** When/Cuando _____
 Diabetes **NO YES/SI** When/Cuando _____

Patient Signature: _____ **Date:** _____

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES
Cardiovascular Disease- Internal Medicine

(562) 869-1511 * Fax (562) 869-0771

Kaushal R. Tamboli, MD F.A.C.C.
Paul H. Yoshino, MD

Paiboon Mahaisavariya, MD F.A.C.C.
Jocelyn D. Sampedro, MSN NP

Downey Regional Medical Plaza
11480 Brookshire Ave #307
Downey Ca, 90241

St Francis Medical Plaza
3628 E. Imperial Blvd #201
Lynwood Ca, 90262

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Entiendo que bajo el Acuerdo de Practicas de seguridad de Información medica de 1996, yo tengo ciertos derechos de privacidad con respecto a la información acerca de mi salud. Comprendo que esta información puede y será utilizada para:

- Conducir, planear y dirigir mi tratamiento: de dar seguimiento entre los múltiples proveedores de salud que podrían estar involucrados directa o indirectamente
- Obtener pagos por parte de terceras personas.
- Conducir operaciones de salud normales tales como evaluación de calidad y certificados médicos.

Yo certifico que me han informado y ofrecido una copia sobre la Noticia Del Acuerdo de Privacidad conteniendo una mejor y completa descripción del uso y descripción de la infamación acerca de mi salud. Comprendo que esta institución tiene el derecho de cambiar este Acuerdo en cualquier momento y que yo puedo contactar a la oficina para obtener una copia del nuevo Acuerdo de derechos de privacidad.

Comprendo que puedo solicitar por escrito que se informe en que forma mi información esta siendo usada o distribuida para poder obtener tratamiento, pagos u operaciones de salud. Entiendo también que usted no esta obligado a aceptar mis restricciones pero si lo hace estarán obligados a esforzar estas restricciones.

Nombre del Paciente: _____

Relacion al Paciente: _____

Firma: _____

Fecha: _____

CARDIOVASCULAR MEDICAL ASSOCIATES
Cardiovascular Disease- Internal Medicine

(562) 869-1511 * Fax (562) 869-0771

Kaushal R. Tamboli, MD F.A.C.C.
Paul H. Yoshino, MD

Paiboon Mahaisavariya, MD F.A.C.C.
Jocelyn D. Sampedro, MSN NP

Downey Regional Medical Plaza
11480 Brookshire Ave #307
Downey Ca, 90241

St Francis Medical Plaza
3628 E. Imperial Blvd #201
Lynwood Ca, 90262

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Visita: _____

Cardiovascular Medical Associates cobrará un copago por primera consulta con el doctor y visitas subsiguientes el día de su cita. Algunas compañías aseguradoras requieren un copago por procedimientos tales como ecocardiogramas, exámenes de estrés y estudios de perfusión myocardial; estos copagos le serán cobrados al paciente.

Yo entiendo y estoy de acuerdo que es mi responsabilidad saber si el doctor o proveedor medico que me esta atendiendo esta contratado y reconocido por mi plan de seguro, si el doctor o proveedor no esta reconocido por mi plan, esto podría resultar en reclamos denegados y por lo tanto los gastos serían para mi. Yo entiendo y estoy de acuerdo en ser responsable por el total de los gastos médicos.

Entiendo que el paciente es responsable de los gastos incurridos, independiente del estado del seguro. El paciente acuerda pagar por los gastos incurridos y autoriza al seguro proveedor a pagar a Cardiovascular Medical Associates por los servicios rendidos.

Entiendo que soy económicamente responsable con Cardiovascular Medical Associates por los gastos que no sean cubiertos de acuerdo a este convenio. **Es mi responsabilidad notificar a Cardiovascular Medical Associates de cualquier tipo de cambio con mi aseguradora.**

Autorizo reembolso por sobrepago del beneficio del seguro cuando sea sujeto a coordinación de beneficios. En el evento de una orden de pago por medio de corte soy responsable por los gastos incluyendo pagos de abogado.

Si la cobertura de mi seguro medico no puede ser verificada antes de una cita, el pago puede ser cobrado en el momento de mi visita y seré responsable por los gastos incurridos.

Firma del Paciente _____ Fecha _____