

Clinica de las Venas de Idaho
3581 E Overland Rd. 4519 Enterprise Way ste 205
Meridian, ID 83646 Caldwell, ID 83605
Numero: 208-402-4467 Fax: 208-321-8626 Numero: 208-454-4976 Fax: 208-454-4997

INFORMACION DE PACIENTE (PORFAVOR ESCRIBIR CLARAMENTE)

Seguro Medico Primario (Porfavor dar copia de Aseguranza):

Aseguranza: _____ Suscriptor: _____

Nombre de Plan: _____ Relacion: _____

Fecha de Nacimiento del suscriptor: _____ Seguro Social: _____

Genero: _____ Fecha de Efectividad: _____

Numero de Poliza: _____ Numero de Grupo: _____

Co-Pago: _____

Direccion: _____

Compania por medio de la cual recibe seguro medico: _____

Direccion de aseguranza: _____ Estado: _____

Cuidad: _____ Codigo Postal: _____

Pais: _____

Si usted tiene seguro medico secundario favor de informarnos y proveer copia.

Liberacion De Informacion Medica y Beneficios Asignados

La Clinica de Venas de Idaho esta autorizada a proporcionar la informacion a aseguranzas sobre mis tratamientos y salud, y collector pagos para servicios medicales prestados a mi y mis dependientes. Yo entiendo que es mi responsabilidad de cualquier cantidad no cubierta o pagado por aseguranza. Yo soy responsable por cualquier deducible, copago, y cualquier pago de aseguranza al momento de servicio. Yo certifico que toda la informacion reportada con respecto a mi aseguranza que es correcto. Yo autorizo una copia de esta forma, que sera usado en respecto al original. Yo tengo el derecho de revocar la autorizacion a cualquier momento en escrito.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Padres o Guardian: _____ Fecha: _____



4519 Enterprise Way #205
Caldwell, ID 83605
Telephone: (208)454-4976
Fax: (208) 454-4997

3581 E Overland Road
Meridian, ID 83646
Telephone (208) 402-4467
Fax (208) 321-8626

Historial Del Paciente

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Motivo de consulta: _____

Que Pierna _____ Derecha _____ Izquierda _____ Ambos Cuanto tiempo _____

Los tratamientos venosos anteriores: _____

Historia Social: Alcohol: ___ Nunca ___ Raro ___ Ocasional Sociales ___ Diariamente

El Consumo De Tabaco: ___ Nunca ___ Dejar > 10 anos ___ Dejar 1-10 anos ___ Dejar < 1 ano
___ Actualmente el uso de

Historia Medica Pasada: _____

Los Medicamentos Actuales: _____

Alergias: _____

Vital signs: HT: _____ WT: _____ BP: _____ / _____ Pulse: _____ Resp: _____ SAO2: _____

G: _____ P: _____ Hx of DVT or PE: _____ No _____ Yes How long ago: _____



3581 W Overland Road

Meridian, ID 83646

(208) 402-4467

4519 Enterprise Way, Ste 205

Caldwell, ID 83605

(208) 454-4976

Si usted está recibiendo tratamiento de escleroterapia en su cita, por favor no tome ningún antiinflamatorio (ibuprofeno, aspirina, Aleve) el día de su cita. Evite usar sandalias tipo flip flop, ya que se le pedirá que use medias de compresión después del tratamiento.

Gracias de antemano por su cooperación. Por favor, siéntase libre de llamar con cualquier pregunta o inquietud con respecto a su próxima cita.

Gracias

El personal del Vein Center of Idaho



Política de cancelación / no presentación para citas

Nuestro objetivo en el Vein Center de Idaho es brindar atención médica individualizada de calidad de manera oportuna. Si no se presenta, las presentaciones tardías y las cancelaciones son un inconveniente para quienes necesitan acceso a la atención médica. Nos gustaría notificarle nuestra política con respecto a las citas perdidas.

Cancelación de una cita

Para ser respetuoso con las necesidades médicas de otros pacientes, sea cortés y llame a nuestra oficina de inmediato si no puede asistir a una cita. Este tiempo se reasignará a alguien que necesite una consulta o tratamiento. Si es necesario cancelar su cita programada, le solicitamos que llame con al menos **24 horas** de anticipación. Las citas tienen una gran demanda y su cancelación anticipada permitirá que otro paciente tenga acceso a atención médica oportuna.

Cómo cancelar su cita

Para cancelar su cita, llame al **208 454-4976 o 208 402-4467**. Si no se comunica con la recepcionista, puede dejar un mensaje detallado en nuestro correo de voz para incluir su nombre y número de teléfono.

Cancelaciones tardías: una cancelación se considera retrasada cuando la cita se cancela sin **24 horas de aviso** con anticipación.

Cancelación tardía/no mostrar política para citas de proveedores : un no show o cancelación tardía resultará en los siguientes cargos: servicios quirúrgicos \$150 y todos los demás servicios \$25; estos cargos no se ser facturable o estar cubierto por su seguro.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____



4519 Enterprise Way Ste 105 Caldwell, ID 83605

Oficina: (208) 454-4976 Fax: (208) 454-2341

3581 E Overland Rd. Meridian, Id 83642

Oficina: (208) 402-4467 Fax: (208) 321-8626

Autorización para entregar información de salud

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____
(escribir nombre)

Nombre del Pasado: _____ Seguro Social: _____
(escribir nombre)

Yo requesto y doy permiso _____ para dar mi informacion de mi
(escribir nombre)
cuando medical de la persona listada arriba.

Medicos de Vein Center de Idaho

___ Informacion de Medicamento de tratamientos, condiciones, o fechas:

___ Toda la informacion de Medicamento

___ Otra informacion _____

Firma de Paciente/Custodio/dia

Relación (auto/padre)

Fecha

Firma de

Fecha

IMAGING CENTER OF IDAHO
4519 ENTERPRISE WAY · CALDWELL 83605
PHONE: 208-454-0742 · FAX: 208-454-2341

ADVANCED OPEN IMAGING
3581 E. OVERLAND RD. · MERIDIAN, ID 83642
(208) 846-7494 PHONE · (208) 846-7496 FAX



VEIN CENTER OF IDAHO
4519 ENTERPRISE WAY, STE. 205 · CALDWELL 83605
PHONE: 208-454-4976 · FAX: 208-454-4997

VEIN CENTER OF IDAHO
3581 E. OVERLAND RD. · MERIDIAN, ID 83642
(208) 402-4467 PHONE · (208) 321-8626 FAX

