

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: _____

Questionario De " Impacto Diario" A Causa De Las Venas Varicosas

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Porfavor responda a las siguientes preguntas, asi indicara que sintomas causados por las venas varicosas, afectan significativamente sus actividades de rutina. No incluya molestias que suceden mientras trabaja.

Círcule todas las respuestas que le apliquen:

- | | | |
|---|----|----|
| 1. Siente dolor en las piernas mientras se bana o ducha? | Si | No |
| 2. Alguna vez a sangrado de las venas varicosas? | Si | No |
| 3. Le duelen las piernas al vestirse? | Si | No |
| 4. Le duelen las piernas si topa en algo? | Si | No |
| 5. Le duelen las piernas al cruzarlas? | Si | No |
| 6. Siente dolor al preparar alimentos? | Si | No |
| 7. Siente dolor mientras hace limpieza? | Si | No |
| 8. Siente dolor al hacer tareas de jardin o cortar el cesped? | Si | No |
| 9. Siente dolor al ejercitarse? | Si | No |
| 10. Siente dolor al ir ala tienda? | Si | No |
| 11. Siente dolor al agacharse? | Si | No |
| 12. siente dolor al acostarse? | Si | No |
| 13. siente dolor cuando alguna mascota salta en sus piernas? | Si | No |
| 14. Siente dolor al sentarse por largo tiempo? | Si | No |
| 15. Siente dolor al pararse por largo tiempo? | Si | No |
| alguna vez a utilizado medias de compression por receta medica, por lo menos 3 meses? | Si | No |

favor de indicar las fechas que uso medias de compresion. _____

Anote algun otro sintoma causado por las venas varicosas no mencionado arriba, que le limiten hacer cosas que normalmente aria.

Firma: _____ Fecha _____

Vein Center OF IDAHO

HISTORIAL MEDICO

VITAL SIGNS

Ht: _____ Wt: _____ BP: _____ / _____ P: _____ R: _____

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

Typo de visita: _____

Sintomas Principales:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Dolor | <input type="checkbox"/> Inflamacion | <input type="checkbox"/> Venas arana |
| <input type="checkbox"/> Inchason | <input type="checkbox"/> comeson o piel descolorida | <input type="checkbox"/> Venas reticulares/ verds |
| <input type="checkbox"/> Varices | <input type="checkbox"/> Sangrados | <input type="checkbox"/> Adormecimiento o hormigueo |
| <input type="checkbox"/> Ulceras/lagas | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento/bolias | <input type="checkbox"/> Ardor/Quemason |
| <input type="checkbox"/> Iquietud en las piernas | <input type="checkbox"/> Calambres | <input type="checkbox"/> Pesadez |

Otros sintomas: _____

Indique la pierna:

Derecha Izquierda Ambas

Cuanto Tiempo:

_____ Años/Meses

Tratamiento Previo:

Sintoma Empeora:

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sentandose | <input type="checkbox"/> Caminando | <input type="checkbox"/> Con Ciclo Menstrual |
| <input type="checkbox"/> Parandose | <input type="checkbox"/> Trabajando | <input type="checkbox"/> Al Acostarse |
| <input type="checkbox"/> Por la Manana | <input type="checkbox"/> Por la Tarde | <input type="checkbox"/> Durante embarazo |

Otros: _____

Sintomas Mejoran:

- | | | |
|--|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Elevacion de pierna | <input type="checkbox"/> Con Medias de compresion | <input type="checkbox"/> Medicinas |
| <input type="checkbox"/> Descanso | <input type="checkbox"/> Tylenol/Motrin ETC | <input type="checkbox"/> Caminando |
| <input type="checkbox"/> Por la Manana | <input type="checkbox"/> Por la Tarde | <input type="checkbox"/> Masajes |

Otros: _____

Historia Social:

Alcohol: Nunca A veces Occasional/Social Diario

Fuma: Nunca Paro > 10 yrs Paro 1-10 yrs Paro < 1 yr fuma actualmente

Cafe/Cafeina: Nunca A veces Occasional Tazas al Dia

Vein Center OF IDAHO

HISTORIAL MEDICO (continued)

Operaciones :

- Bypas Coronario Arterial
- Angioplastia / Stenting
- Operacion Vascular

Otras:

Condiciones Medicas:

- Enfermedad arterial Coronaria
- Colesterol Alto
- Alta Presion Sanguinea
- Diabetes
- Enfermedad Vascular Periferica
- Varices

Otras:

de embarazos:

de Partos:

Vacuna del Tetano:

Alergias:

Favor Indique:

Historia Familiar:

- Enfermedad Coronaria
- Alto Colesterol
- Alta Presion Sanguinea
- Diabetes

Quien:

Quien:

Quien:

Quien:

Otras Condiciones:

Vein Center OF IDAHO

HISTORIAL MEDICO (continued)

Revidion de Sistemas: Porfavor marque todos lo que apliquen.

Piel:

- Comeison
- Ronchas
- Moretones
- Sangrados

Ojos:

- Cambios en la vision
- Vision doble

Oidos:

- Usa auditivos
- Sordera
- Dolor
- Flujo
- Ruidos
- Infecciones

Nariz:

- Sangrados
- Goteo
- Infecciones
- Dolor

Boca/Garganta:

- Caries
- Placas
- Sangrados
- Ronchas/ampollas
- Carraspera

Cuello:

- Bosio
- Dolor
- Tiroides

Respiratorio:

- Tos
- Sangrados
- Faltas de aire
- Asma
- Emfisema
- Tuberculosis
- Neumonía
- Bronquitis

Cardiovascular:

- Dolores de pecho
- Palpitaciones
- Dificultad al respirar
- Dolor al dormir
- Dolor al caminar
- Inchason en las piernas
- Calambres
- Varicos
- Piel descolorida
- Dolor de pies

Gastrointestinal:

- Vomitos
- Estrenimientos
- Diarrea
- Agruras
- Sangrados
- cambios en defecar
- Dificultad/dolor al tragar
- Piel amarilla
- Enfermedad del higado
- Enfermedad de Vesicula

Genitourinario:

- Frecuencia urinaria
- Dolor
- Sangre en la orina
- Incontinencia

Hematologia / Lymfatico:

- Anemia
- Celulas Falciformes
- Hemofelia
- Glandulas Inflamadas
- Sudor mientras duerme
- Comeison

Neurologico:

- Dolores de Cabeza
- Mareos
- Adormecimiento
- Caidas
- Temblason
- Derrames Cerebral
- Perdida de memoria
- Problemal al caminar

Psiquiatrico:

- Depresion
- Ansiedad
- Bipolar

Endocrino:

- Aumento de sed
- Aumento en la orina
- Intolerancia al calor
- Intolerancia al frio
- Diabetes
- Sofocos

Alergia / Inmune:

- SIDA
- Hepatitis B
- Hepatitis C

Musculosqueletal:

- Debilidad
- Paralisis
- Rigidez
- dolor en las articulaciones
- Inchason
- Artritis
- Gota

Firma del Paciente: _____

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

LISTA DE MEDICINAS

NOMBRE DE MEDICINA	DOSIS DE MEDICINA

***PORFAVOR DE TRAER LISTA DE MEDICINAS A SU PRIMER VISITA. PORFAVOR DE VERIFICAR NOMBRE DE MEDICAMENTO.**



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.

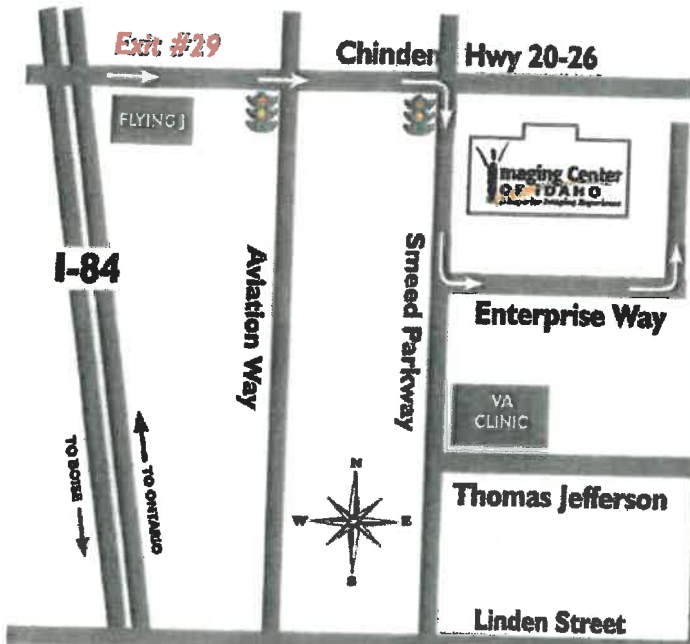
Cancelación tardía/no mostrar política para citas de proveedores : un no show o cancelación tardía resultará en los siguientes cargos: servicios quirúrgicos \$150 y todos los demás servicios \$25; estos cargos no se ser facturable o estar cubierto por su seguro.

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

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

