



Nombre: _____

Consentimiento y Divulgación

Consentimiento para tratar: Yo entiendo que, como paciente, tengo el derecho de tomar todas las decisiones concernientes a mi cuidado. Voluntariamente solicito al Dr. Jeffrey Martinez, como mi médico tratante, y a los asociados de Espada Vascular, tales como un asistente médico, enfermera especialista, RN/LVN, asistentes técnicos y otros proveedores de atención médica que sean necesarios, para tratar mi condición. También entiendo que no se ha hecho ninguna garantía ni aseguramiento hacia mí como ser humano respecto a resultados o cura. Comprendo que mi médico y/o asistente médico pueden descubrir otras o diferentes condiciones que requieran procedimientos adicionales o distintos a los que se habían planeado. Por la presente, autorizo a mi médico y/o asistente médico a realizar otros procedimientos que consideren aconsejables según su juicio profesional.

Procedimientos Quirúrgicos/Diagnósticos Específicos:

Riesgo y Emergencia: Así como puede haber riesgos y peligros al continuar con mi condición actual sin tratamiento, también existen riesgos y peligros relacionados con el tratamiento.

Comunicación/Mensajería electrónica: Yo autorizo a Espada Vascular a comunicarse mediante el envío de mensajes de texto y/o correo electrónico.

Autorización para la Divulgación de Información: Yo autorizo al Dr. Jeffrey Martinez a divulgar cualquier información de salud necesaria para: (a) obtener el pago de mis proveedores por mi atención médica, (b) llevar a cabo la revisión de la utilización, la revisión por pares y el control de calidad, y (c) colaborar con otros proveedores de atención médica que me asistan con mi cuidado. Entiendo que esta información me identificará y puede estar relacionada con mi historial, diagnóstico, tratamiento o pronóstico; también incluirá, donde sea aplicable, información psiquiátrica, abuso de alcohol o drogas, resultados de laboratorio específicos de VIH o el diagnóstico de SIDA. Comprendo que, en caso de que un trabajador de la salud se exponga a mi sangre o fluidos corporales, mi sangre puede ser analizada para detectar anticuerpos del VIH y otras enfermedades transmisibles.

Autorización Financiera: Yo autorizo a todos los pagadores a pagar directamente al Dr. Jeffrey Martinez por los servicios prestados. Asigno al Dr. Jeffrey Martinez mi derecho a recibir el pago de los pagadores terceros. Los pagadores terceros incluyen a cualquier persona de quien puedan provenir beneficios pagaderos a mí por los servicios prestados.

Recepción de Información: Yo reconozco que he recibido el "Aviso de Prácticas de Privacidad" y una copia de los "Derechos, Responsabilidades y Opciones de Atención Médica de los Pacientes" del Dr. Jeffrey Martinez. Certifico que estos documentos me han sido completamente presentados y explicados, y que entiendo su contenido.

Responsabilidades Financieras: Yo entiendo y acepto que soy responsable del pago de todos los cargos que resulten por la atención médica que se me está brindando. Acepto pagar dichos cargos, incluyendo los pagos no realizados por mi compañía de seguros, dentro de los 120 días siguientes. Entiendo que es mi responsabilidad presentar la información precisa del seguro en todas las fechas de servicio y cumplir con todas las solicitudes de mi compañía de seguros de manera oportuna para asegurar que el pago se realice dentro de los 120 días. También comprendo que, si estoy cubierto por Medicare/Medicaid, mi obligación bajo esta sección puede estar limitada por la ley. Todos los pagos, incluyendo copagos, coseguros y deducibles, se deben al momento de prestarse los servicios. Entiendo que, si los saldos de mi cuenta no se pagan de manera oportuna, pueden ser transferidos a un tercero para su cobro o para otras acciones.

Historial de Medicación: Yo autorizo la recuperación de mi historial de medicación de la base de datos nacional.

Propiedad: Yo entiendo que el Dr. Jeffrey Martinez no asume la responsabilidad por cualquier propiedad personal.

Política de no presentarse/Tardanza en Citas: Yo entiendo que se requiere un aviso con 24 horas de anticipación para cancelar citas, y que las cancelaciones pueden y deben dejarse en el buzón de voz si se realiza fuera del horario de oficina. Entiendo y acepto un cobro estándar de \$50 por no presentarme a una cita y/o un cobro de \$100 por no presentarme a un procedimiento. Todos los cobros por no presentarse deberán ser pagados antes de la próxima cita programada o antes de que se brinden los servicios. Los pacientes con compensación laboral serán responsables personalmente de estos montos. Después de tres inasistencias registradas, nos reservamos el derecho de concluir nuestra relación por incumplimiento de la política establecida en esta oficina. Si usted llega con más de 15 minutos de retraso a su cita programada, es posible que necesite reprogramarla.

Solicitud de Formularios: Debido a la cantidad y complejidad de los formularios solicitados, se aplicará un cargo de \$10, pagadero por adelantado, por la realización de cada uno de los dos primeros formularios. Además, se cobrará un cargo de \$25 por todos los formularios adicionales.

Divulgación según la ley Sunshine: En cumplimiento con la Ley Sunshine, una disposición de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio, deseamos informar que nuestra oficina ocasionalmente recibe alimentos y bebidas, muestras de medicamentos, cupones para pacientes, así como material promocional de proveedores y/o fabricantes farmacéuticos en relación con la educación sobre productos. No recibimos compensación financiera directa de ninguno de nuestros proveedores. Al firmar aquí, usted reconoce esta divulgación.

PACIENTE/OTRA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE (firma requerida): Al firmar, usted certifica que este formulario le ha sido completamente explicado, que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas y que comprende plenamente su contenido.

Firma: _____ Fecha y Hora: _____

Testigo:

Nombre: _____ Relación: _____

Formulario de admisión de la historia clínica inicial



Fecha: _____

Información de el paciente Inglés/Español

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Motivo de la visita: _____ Médico Referente: _____

ALTURA _____ **PESO** _____

Su Médicos y especialistas

Medico Primario:	Nefrólogo/Médico de los Riñones:	Podólogo / Especialista en pies:
Cardiólogo/Médico del Corazón:	Médico de cuidado de heridas:	Otro:

Historial médico anterior (verifique todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/AIT/Mini accidente cerebrovascular <input type="checkbox"/> Infarto <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Apnea obstructiva del sueño <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Dificultades de sangrado <input type="checkbox"/> Hepatitis A B o C <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Diabetes controlada con dieta <input type="checkbox"/> Diabetes con uso de medicamentos orales <input type="checkbox"/> Diabetes con uso de insulina <input type="checkbox"/> Cáncer: _____	<input type="checkbox"/> Colesterol alto <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Pérdida del conocimiento <input type="checkbox"/> Artritis (tipo)____ <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enfisema <input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Alergias alimentarias <input type="checkbox"/> Alergia: Estacional <input type="checkbox"/> TUBERCULOSIS <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo <input type="checkbox"/> Hipertiroidismo <input type="checkbox"/> Nefropatía <input type="checkbox"/> Diálisis (tipo)____
---	---	---	---

Antecedentes Quirúrgicos (Tipo y año)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Nombre: _____

Medicamentos con receta

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Medicamentos sin receta (Nombre y dosis/número por día)

Formulario de admisión de la historia clínica inicial

1. _____

4. _____

2. _____

5. _____

3. _____

6. _____

Nombre: _____

Alergias a medicamentos y tipo de reacción

No hay alergias conocidas a medicamentos

1. _____ 3. _____

crustáceos y mariscos látex

2. _____ 4. _____

Cinta Yodo/Contraste

Otro: _____

Historial social (consulte los listados apropiados)

Consumo de tabaco

Nunca
¿lo dejo y
Cuándo? _____
¿Cigarrillos/paquete
por día? _____
Pipa
Cigarros
Tabaco de mascar

¿Cuántos años tiene
fumando? _____

Consumo de alcohol

Ninguno
Socialmente

Diario

Pesado

¿Alguna vez ha
recibido tratamiento
para el alcoholismo?

Yes _____ No _____
En caso afirmativo,
¿cuándo? _____

Consumo de drogas

Ninguno
Marihuana

Anfetaminas

Otro _____

¿Alguna vez ha
recibido tratamiento
por consumo de
drogas?

Yes _____ No _____
En caso afirmativo,
¿cuándo? _____

Antecedentes familiares

Padre	Vivo Fallecido	Edad: _____	Historia clínica o causa de muerte	___ Presion alta ___ Diabetes ___ Colesterol ___ Cancer/tipo ___ Otros _____
Madre	Vivo Fallecido	Edad: _____	Historia clínica o causa de muerte	___ Presion alta ___ Diabetes ___ Colesterol ___ Cancer/tipo ___ Otros _____

Fecha: _____

Información de el paciente Inglés/Español Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___

Se identifica como: él/Sr. ella/Sra.Raza: Caucásico/a Afroamericano/a Asiático/a Hispano/a Multirracial Otro: _____Sexo: Masculino Mujer Estado civil: Soltero Casado Divorciado Viudo #Hijos: _____

Médico Primario: _____ Médico Referente: _____

FARMACIA TELÉFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Relación: _____

Teléfono: _____ Dirección: _____



Jeffrey M. Martinez, M.D.
7500 Barlita Blvd., Ste. 107
San Antonio, TX 78224
P: 210-540-6766 F: 210-903-8044

**Autorización para Divulgar u Obtener Expedientes
Médicos**

Yo, _____ Fecha de nacimiento: _____ Autorizo a:
Nombre del paciente (por favor, letra impresa)

Jeffrey M. Martinez, MD, PA
7500 Barlita Blvd., Ste. 107
San Antonio, TX 78224
(T) 210-540-6766 (F) 210-903-8044

O a otro (especifique a continuación):

Nombre de la persona o institución: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

A divulgar información a: **A obtener información de:**

Nombre de la persona o institución: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ ZIP: _____

Propósito de esta autorización: _____

Yo autorizo la divulgación de la siguiente información médica protegida:

(Marque con una "X" las casillas correspondientes a la información que desea divulgar u obtener)

Para copias personales de sus expedientes médicos, el costo será de \$25.00 por las primeras 25 páginas y 25 centavos por cada página adicional.

Por favor permita 15 días hábiles desde el día de la solicitud para procesar su petición de expedientes médicos.

- Expediente completo Notas o informes de consulta Informes de laboratorio
 Informes de rayos X Informes quirúrgicos Historia médica, informes de examen
 Tratamiento o prueba Registros hospitalarios, incluyendo informes
 Otro: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____
Testigo: _____ Fecha: _____