



# Fort Myers Vein SPECIALISTS

## Registro de nuevos pacientes

Fecha:	Médico de cabecera:	Tel. de Médico de cabecera:
Farmacia:	Tel. de la Farmacia:	¿Como te enterastes de nosotros? <input type="checkbox"/> FortVein.com <input type="checkbox"/> Anuncio <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Google <input type="checkbox"/> Referido por:
*Dirección de correo electrónico:		

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Apellido, Nombre, Segundo nombre		Fecha de nacimiento:
Direccion:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Numero de seguro social:	Teléfono:	Teléfono móvil #:
Ocupación:	Empleador:	Numero de telefono:

### INFORMACIÓN DEL SEGURO

Por favor, proporcione su tarjeta de seguro y licencia de conducir a la recepcionista.

Seguro Primario:	Teléfono primaria Seguros #:	
Nombre del suscriptor:	SSN del suscriptor:	Fecha De Nacimiento:
Numero de identificación:	Relación del paciente al suscriptor:	Co-pago para Especialista:
Seguro Secundario (si procede):		

### EN CASO DE EMERGENCIA

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	NÚMERO DE TELÉFONO

La información anterior es verdadera o lo mejor de mi conocimiento autorizo a mis beneficios de seguro se pagarán directamente al médico. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo. También autorizo a especialistas o seguros de la Florida Vein Care empresa a dar cualquier información requerida para procesar mis reclamos.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Al proporcionar su dirección de correo electrónico que está de acuerdo en recibir confirmación por correo electrónico, además de un recordatorio llamada telefónica. También está optando por recibir futuros correos electrónicos de Especialistas en Fort Myers vena que pueden incluir después de la operación de seguimiento, promociones y próximos eventos. Nosotros no vendemos su información y usted puede cancelar su suscripción en cualquier momento.



## Historia de salud

Fecha:	
Nombre del paciente:	Algún tratamiento previo?
Motivo de la visita de hoy:	Por cuánto tiempo has tenido este problema?

**HISTORIAL MÉDICO** Por favor marque la casilla si ha experimentado y / o ha sido tratado por cualquiera de las siguientes:

- Presión Diabetes
- Presion Alta
- Cáncer
- Embolia Cerebral
- Ataque Al Corazón
- Trastornos Hemorrágicos
- Colesterol Alto
- Asma / Enfermedad pulmonar obstructiva cronica / Enfisema
- Trastornos Hepáticos
- Anemia
- Riñón / Vejiga / Problema de orine
- Cardíaca Congestiva
- Coágulos De Sangre / Trombosis Venosa Profunda
- Las Transfusiones De Sangre
- Trastornos Digestivos
- Trastorno De La Tiroides
- Trastorno Epilepsia / Convulsiones
- Depresión / Ansiedad / Trastorno Del Humor
- Glandular/Problemas Hormonales
- Otros:

**CIRUGÍAS** Por favor, liste todas sus cirugías.

TIPO DE CIRUGÍA	FECHA

**LOS MEDICAMENTOS ACTUALES** Por favor, indique todos los medicamentos que está tomando actualmente.

---

---

**ALERGIAS A MEDICAMENTOS** Por favor, indique cualquier alergia a medicamentos conocidos.

---

---

### HISTORIA

ALCOHOL: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO SI SI, con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

EL CONSUMO DE TABACO: \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ NO SI SI, con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

CONTINUA EN LA SIGUIENTE PAGINA.



## Historia de la Salud *continuó*

### HISTORIA FAMILIAR

Por favor, compruebe si alguno de los siguientes casos se relacionan con algún miembro de su familia inmediata. En caso afirmativo, indicar qué miembro de la familia.

- Diabetes  Presión Arterial Alta  Cáncer  Accidente Cerebrovascular  Ataque Cardíaco  
 Trastornos Hemorrágicos  Colesterol Alto  Enfermedad Del Corazón  Otros:

### CONDICIONES MEDICAS ACTUALES

Por favor, compruebe si ha experimentado y / o ha sido tratado por cualquiera de las siguientes condiciones:

- |                                                                                                                       |                                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Opresión O Dolor En El Pecho                                                                 | <input type="checkbox"/> Dolor De Estómago                            |
| <input type="checkbox"/> Rigidez Articular, Hinchazón O Dolor Repentino                                               | <input type="checkbox"/> Frecuente O Recurrentes Dolores De Cabeza    |
| <input type="checkbox"/> Los Cambios De Latido Debilidad Muscular, Calambres O Dolor                                  | <input type="checkbox"/> Cambio En Los Movimientos Intestinatorios    |
| <input type="checkbox"/> Falta De Aliento O Pérdida De La Memoria Confusión                                           | <input type="checkbox"/> Fácilmente Moretones O Sangrado              |
| <input type="checkbox"/> Dificultad Para Caminar Entumecimiento / Hormigueo En La Cara, Brazos. Manos, Piernas O Pies | <input type="checkbox"/> Estreñimiento, Diarrea O Sangre En Las Heces |
| <input type="checkbox"/> Mareos O Desmayos                                                                            | <input type="checkbox"/> Tardan En Sanar Después De Cortaduras        |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón De La Cara, Piernas, Tobillos, Pies O Manos                                        | <input type="checkbox"/> Sed Excesiva                                 |
| <input type="checkbox"/> Pérdida De Apetito                                                                           | <input type="checkbox"/> Sangrado De Las Encías                       |
| <input type="checkbox"/> Glándulas Inflamadas                                                                         | <input type="checkbox"/> Frecuente dolor de cabeza                    |
| <input type="checkbox"/> Reciente Cambio De Peso                                                                      | <input type="checkbox"/> Sangra La Nariz                              |
| <input type="checkbox"/> Temblores                                                                                    | <input type="checkbox"/> Dificultad Para Dormir                       |
| <input type="checkbox"/> Náuseas / Vómitos                                                                            | <input type="checkbox"/> Piel Seca                                    |
| <input type="checkbox"/> Dolor De Espalda                                                                             | <input type="checkbox"/> Fatiga                                       |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                                                                                 | <input type="checkbox"/> Intolerancia de calor/frío                   |
|                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Nerviosismo, Depresión O Ansiedad            |

\_\_\_\_\_  
Firma de paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha



## FORMULARIO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE

### 1. RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL INDIVIDUO

- Entiendo que soy financieramente responsable de mi deducible de seguro de salud, coseguro o servicio no cubierto.
- Los copagos serán colectados en el momento del servicio.
- Si mi plan requiere una referencia, debo obtenerla antes de mi visita.
- En el caso de que mi plan de salud determine que un servicio es "no pagadero", seré responsable del cargo completo y acepta pagar los costos de todos los servicios prestados.
- Si no tengo seguro, acepto pagar por los servicios médicos que se me prestan en el momento del servicio.
- Si está programado para una cita de ultrasonido y no se presenta, habrá un cargo de \$ 50 a su cuenta.

### 2. AUTORIZACIÓN DEL SEGURO PARA ASIGNAR PAGOS DE BENEFICIOS

Por la presente, autorizo y dirijo el pago de mis beneficios médicos a Fort Myers Vein Specialist en mi nombre para cualquier servicios que me proporcionan los proveedores.

### 3. AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR REGISTROS

Por la presente, autorizo a Fort Myers Vein Specialist a divulgar a mi aseguradora, agencias gubernamentales o cualquier otra entidad. Financieramente responsable de mi atención médica, toda la información, incluido el diagnóstico y los registros de cualquier tratamiento o examen que se me haya realizado para justificar el pago de dichos servicios médicos, así como información requerido para la precertificación, autorización o derivación a otro proveedor médico.

### 4. SOLICITUD DE PAGO DE MEDICARE

Solicito el pago de los beneficios autorizados de Medicare a mí o en mi nombre por cualquier servicio que me proporcione o en Especialista en venas de Fort Myers. Autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a divulgarla a Medicare y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o beneficios para servicios relacionados. Firma de Paciente, Representante Autorizado o Parte Responsable, Fecha, Imprimir Nombre del Paciente, Representante Autorizado o Relación de la parte responsable con el paciente.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente, representante autorizado o parte responsable

\_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
la relación con el paciente



Fort Myers Vein  
**SPECIALISTS**  
**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE OBTENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN. POR FAVOR, REVÍSELO CUIDADOSAMENTE.

Entendemos la importancia de la privacidad y nos comprometemos a mantener la confidencialidad de su información médica. Hacemos un registro de la atención médica que brindamos y podemos recibir dichos registros de otros. Utilizamos estos registros para proporcionar o permitir que otros proveedores de atención médica brinden atención médica de calidad, para obtener el pago por los servicios que se le brindan según lo permitido por su plan de salud y para permitirnos cumplir con nuestras obligaciones profesionales y legales de operar esta práctica médica adecuadamente. Estamos obligados por ley a mantener la privacidad de la información de salud protegida, a proporcionar a las personas un aviso de nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a la información de salud protegida, y a notificar a las personas afectadas después de una violación de la información de salud protegida no segura. Este aviso describe cómo podemos usar y divulgar su información médica. También describe sus derechos y nuestras obligaciones legales con respecto a su información médica. Si tiene alguna pregunta sobre este Aviso, comuníquese con nuestra oficina.

#### TABLA DE CONTENIDOS

- A. Cómo esta práctica médica puede usar o divulgar su información de salud
- B. Cuando esta práctica médica no puede usar o divulgar su información de salud
- C. Sus derechos de información de salud
  - 1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad
  - 2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales
  - 3. Derecho a inspeccionar y copiar
  - 4. Derecho a modificar o complementar
  - 5. Derecho a una contabilidad de las divulgaciones
  - 6. Derecho a una copia en papel o electrónica de este Aviso
- D. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad

#### CÓMO ESTA PRÁCTICA MÉDICA PUEDE USAR O DIVULGAR SU INFORMACIÓN DE SALUD

Esta práctica médica recopila información de salud sobre usted y la almacena en un registro de salud electrónico. Este es su registro médico. El registro médico es propiedad de esta práctica médica, pero la información en el registro médico le pertenece a usted. La ley nos permite usar o divulgar su información de salud para los siguientes propósitos:

- 1. Tratamiento.** Utilizamos información médica sobre usted para brindarle atención médica. Divulgamos información médica a nuestros empleados y otras personas que participan en la prestación de la atención que necesita. Por ejemplo, podemos compartir su información médica con otros médicos u otros proveedores de atención médica que proporcionarán servicios que no brindamos. O podemos compartir esta información con un farmacéutico que la necesite para dispensarle una receta o con un laboratorio que realice una prueba. También podemos divulgar información médica a miembros de su familia u otras personas que puedan ayudarlo cuando esté enfermo o lesionado, o después de su muerte.
- 2. Pago.** Utilizamos y divulgamos información médica sobre usted para obtener el pago de los servicios que brindamos. Por ejemplo, le damos a su plan de salud la información que requiere antes de que nos pague. También podemos divulgar información a otros proveedores de atención médica para ayudarlos a obtener el pago de los servicios que le han brindado.
- 3. Operaciones de atención médica.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted para administrar esta práctica médica. Por ejemplo, podemos usar y divulgar esta información para revisar y mejorar la calidad de la atención que brindamos, o la competencia y las calificaciones de nuestro personal profesional. O podemos usar y divulgar esta información para que su plan de salud autorice servicios o referencias. También podemos usar y divulgar esta información según sea necesario para revisiones médicas, servicios legales y auditorías, incluidos los programas de detección y cumplimiento de fraude y abuso y la planificación y gestión comercial. También podemos compartir su información médica con nuestros "socios comerciales", como nuestro servicio de facturación, que realizan servicios administrativos para nosotros. Tenemos un contrato por escrito con cada uno de estos socios comerciales que contiene términos que requieren que ellos y sus subcontratistas protejan la confidencialidad y seguridad de su información de salud protegida. También podemos compartir su información con otros proveedores



de atención médica, centros de intercambio de información de atención médica o planes de salud que tengan una relación con usted, cuando soliciten esta información para ayudarlos con sus actividades de evaluación y mejora de la calidad, sus actividades de seguridad del paciente, sus esfuerzos basados en la población para mejorar la salud o reducir los costos de atención médica, su desarrollo de protocolos, administración de casos o actividades de coordinación de atención, su revisión de la competencia, las calificaciones y el desempeño de los profesionales de la salud, sus programas de capacitación, sus actividades de acreditación, certificación o licencia, o sus esfuerzos de detección y cumplimiento de fraudes y abusos en la atención médica. También podemos compartir información médica sobre usted con los otros proveedores de atención médica, centros de intercambio de información de atención médica y planes de salud que participan con nosotros en "arreglos organizados de atención médica" (OHCA) para cualquiera de las operaciones de atención médica de OHCA. Las OHCA incluyen hospitales, organizaciones médicas, planes de salud y otras entidades que colectivamente brindan servicios de atención médica.

**4. Recordatorios de citas.** Podemos usar y divulgar información médica para contactarlo y recordarle sobre las citas. Si no está en casa, podemos dejar esta información en su contestador automático o en un mensaje dejado con la persona que contesta el teléfono.

**5. Hoja de inicio de sesión.** Podemos usar y divulgar información médica sobre usted haciendo que inicie sesión cuando llegue a nuestra oficina. También podemos gritar su nombre cuando estemos listos para verlo.

**6. Notificación y comunicación con la familia.** Podemos divulgar su información de salud para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, su representante personal u otra persona responsable de su atención sobre su ubicación, su estado general o, a menos que nos haya indicado lo contrario, en caso de su muerte. En el caso de un desastre, podemos divulgar información a una organización de socorro para que puedan coordinar estos esfuerzos de notificación. También podemos divulgar información a alguien que esté involucrado con su atención o que ayude a pagar su atención. Si puede y está disponible para aceptar u objetar, le daremos la oportunidad de objetar antes de hacer estas divulgaciones, aunque podemos divulgar esta información en un desastre incluso sobre su objeción si creemos que es necesario para responder a las circunstancias de emergencia. Si no puede o no está disponible para aceptar u objetar, nuestros profesionales de la salud usarán su mejor juicio en la comunicación con su familia y otros.

**7. Marketing.** Siempre que no recibamos ningún pago por realizar estas comunicaciones, podemos comunicarnos con usted para brindarle información sobre productos o servicios relacionados con su tratamiento, administración de casos o coordinación de atención, o para dirigir o recomendar otros tratamientos, terapias, proveedores de atención médica o entornos de atención que puedan ser de su interés. De manera similar, podemos describir los productos o servicios proporcionados por esta práctica y decirle en qué planes de salud participa esta práctica. También podemos alentarlos a mantener un estilo de vida saludable y obtener pruebas recomendadas, participar en un programa de manejo de enfermedades, proporcionarles pequeños regalos, informarles sobre programas de salud patrocinados por el gobierno o alentarlos a comprar un producto o servicio cuando lo veamos, por lo que se nos puede pagar. Finalmente, podemos recibir una compensación que cubre nuestro costo de recordarle que tome y vuelva a surtir su medicamento, o comunicarle sobre un medicamento o producto biológico que actualmente se le receta. No usaremos ni divulgaremos su información médica con fines de marketing ni aceptaremos ningún pago por otras comunicaciones de marketing sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará si recibimos alguna compensación por cualquier actividad de marketing que usted autorice, y defendremos cualquier actividad de marketing futura en la medida en que revoque esa autorización.

**8. Venta de información de salud.** No venderemos su información de salud sin su autorización previa por escrito. La autorización revelará que recibiremos una compensación por su información de salud si nos autoriza a venderla, y defendremos cualquier venta futura de su información en la medida en que revoque esa autorización.

**9. Requerido por la ley.** Según lo exija la ley, usaremos y divulgaremos su información de salud, pero limitaremos nuestro uso o divulgación a los requisitos relevantes de la ley. Cuando la ley nos exija denunciar abuso, negligencia o violencia doméstica, o responder a procedimientos judiciales o administrativos, o a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, cumpliremos con el requisito establecido a continuación con respecto a esas actividades.

**10. Salud Pública.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a las autoridades de salud pública para fines relacionados con: prevenir o controlar enfermedades, lesiones o discapacidades; reportar abuso o negligencia de niños, ancianos o adultos dependientes; denunciar la violencia doméstica; informar a la Administración de Alimentos y Medicamentos problemas con productos y reacciones a medicamentos; y la notificación de la exposición a enfermedades o infecciones. Cuando denunciemos sospechas de abuso de adultos mayores o dependientes o violencia doméstica, le informaremos a usted o a su representante personal de inmediato, a menos que, a nuestro mejor juicio profesional, creamos que la notificación lo pondría en riesgo de daño grave o requeriría informar a un representante personal que creemos que es responsable del abuso o daño.



- 11. Actividades de supervisión de la salud.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a las agencias de supervisión de la salud durante el curso de auditorías, investigaciones, inspecciones, licencias y otros procedimientos, sujetos a las limitaciones impuestas por la ley.
- 12. Procedimientos judiciales y administrativos.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud en el curso de cualquier procedimiento administrativo o judicial en la medida expresamente autorizada por una orden judicial o administrativa. También podemos divulgar información sobre usted en respuesta a una citación, solicitud de descubrimiento u otro proceso legal si se han hecho esfuerzos razonables para notificarle de la solicitud y usted no se ha opuesto, o si sus objeciones han sido resueltas por una orden judicial o administrativa.
- 13. Aplicación de la ley.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley para fines tales como identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida, cumplir con una orden judicial, orden judicial, citación del gran jurado y otros fines de aplicación de la ley.
- 14. Forenses.** Podemos, y a menudo estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a los forenses en relación con sus investigaciones de muertes.
- 15. Donación de órganos o tejidos.** Podemos divulgar su información de salud a organizaciones involucradas en la obtención, banca o trasplante de órganos y tejidos.
- 16. Seguridad pública.** Podemos, y a veces estamos obligados por ley, a divulgar su información de salud a las personas apropiadas para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona en particular o del público en general.
- 17. Funciones gubernamentales especializadas.** Podemos divulgar su información de salud con fines militares o de seguridad nacional o a instituciones correccionales o agentes de la ley que lo tengan bajo su custodia legal.
- 18. Compensación de Trabajadores.** Podemos divulgar su información de salud según sea necesario para cumplir con las leyes de compensación de trabajadores. Por ejemplo, en la medida en que su atención esté cubierta por la compensación de los trabajadores, haremos informes periódicos a su empleador sobre su condición. También estamos obligados por ley a reportar casos de lesiones ocupacionales o enfermedades ocupacionales al empleador o a la aseguradora de compensación de trabajadores.
- 19. Cambio de titularidad.** En el caso de que esta práctica médica se venda o se fusione con otra organización, su información / registro de salud pasará a ser propiedad del nuevo propietario, aunque mantendrá el derecho de solicitar que las copias de su información de salud se transfieran a otro médico o grupo médico.
- 20. Notificación de incumplimiento.** En el caso de una violación de la información de salud protegida no segura, le notificaremos según lo exija la ley. Si nos ha proporcionado una dirección de correo electrónico actual, podemos usar el correo electrónico para comunicar información relacionada con la infracción. En algunas circunstancias, nuestro socio comercial puede proporcionar la notificación. También podemos proporcionar notificación por otros métodos según la información apropiada.
- 21. Notas de psicoterapia.** No usaremos ni divulgaremos sus notas de psicoterapia sin su autorización previa por escrito, excepto por lo siguiente: 1) uso por parte del autor de las notas para su tratamiento, 2) para capacitar a nuestro personal, estudiantes y otros aprendices, 3) para defendernos si nos demanda o inicia algún otro procedimiento legal, 4) si la ley requiere que divulguemos la información a usted o al Secretario de HHS o por alguna otra razón, 5) en respuesta a las actividades de supervisión de la salud relacionadas con su psicoterapeuta, 6) para evitar una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad, o 7) para el forense o el médico forense después de su muerte. En la medida en que revoque una autorización para usar o divulgar sus notas de psicoterapia, dejaremos de usar o divulgar estas notas.
- 22. Investigación.** Podemos divulgar su información de salud a investigadores que realizan investigaciones con respecto a las cuales no se requiere su autorización por escrito según lo aprobado por una Junta de Revisión Institucional o una junta de privacidad, de conformidad con la ley vigente.

#### **Cuando esta práctica médica no puede usar o divulgar su información de salud**

Excepto como se describe en este Aviso de Prácticas de Privacidad, esta práctica médica, de acuerdo con sus obligaciones legales, no usará ni divulgará información de salud que lo identifique sin su autorización por escrito. Si autoriza a esta práctica médica a usar o divulgar su información de salud para otro propósito, puede revocar su autorización por escrito en cualquier momento. Sus derechos de información de salud

**1. Derecho a solicitar protecciones especiales de privacidad.** Tiene derecho a solicitar restricciones sobre ciertos usos y divulgaciones de su información de salud mediante una solicitud por escrito que especifique qué información desea limitar y qué limitaciones sobre nuestro



uso o divulgación de esa información desea imponer. Si nos dice que no divulguemos información a su plan de salud comercial con respecto a artículos o servicios de atención médica por los que pagó en su totalidad de su bolsillo, cumpliremos con su solicitud, a menos que debamos divulgar la información por tratamiento o razones legales. Nos reservamos el derecho de aceptar o rechazar cualquier otra solicitud, y le notificaremos de nuestra decisión.

**2. Derecho a solicitar comunicaciones confidenciales.** Tiene derecho a solicitar que reciba su información de salud de una manera específica o en un lugar específico. Por ejemplo, puede solicitar que enviemos información a una cuenta de correo electrónico en particular o a su dirección de trabajo. Cumpliremos con todas las solicitudes razonables enviadas por escrito que especifiquen cómo o dónde desea recibir estas comunicaciones.

**3. Derecho a inspeccionar y copiar.** Usted tiene derecho a inspeccionar y copiar su información de salud, con excepciones limitadas. Para acceder a su información médica, debe enviar una solicitud por escrito detallando a qué información desea acceder, si desea inspeccionarla u obtener una copia de ella, y si desea una copia, su formulario y formato preferidos. Proporcionaremos copias en su forma y formato solicitados si es fácilmente producible, o le proporcionaremos un formato alternativo que considere aceptable, o si no podemos estar de acuerdo y mantenemos el registro en un formato electrónico, su elección de un formato electrónico o impreso legible. También enviaremos una copia a cualquier otra persona que usted designe por escrito. Cobraremos una tarifa razonable que cubre nuestros costos de mano de obra, suministros, franqueo y, si se solicita y se acuerda por adelantado, el costo de preparar una explicación o resumen. Podemos denegar su solicitud en circunstancias limitadas. Si denegamos su solicitud de acceso a los registros de su hijo o a los registros de un adulto incapacitado que usted representa porque creemos que permitir el acceso sería razonablemente probable que cause un daño sustancial al paciente, tendrá derecho a apelar nuestra decisión. Si denegamos su solicitud de acceso a sus notas de psicoterapia, tendrá derecho a que se transfieran a otro profesional de la salud mental.

**4. Derecho a modificar o complementar.** Tiene derecho a solicitar que modifiquemos su información de salud que considere incorrecta o incompleta. Debe hacer una solicitud de enmienda por escrito e incluir las razones por las que cree que la información es inexacta o incompleta. No estamos obligados a cambiar su información de salud, y le proporcionaremos información sobre la denegación de esta práctica médica y cómo puede estar en desacuerdo con la denegación. Podemos denegar su solicitud si no tenemos la información, si no creamos la información (a menos que la persona o entidad que creó la información ya no esté disponible para realizar la enmienda), si no se le permitiría inspeccionar o copiar la información en cuestión, o si la información es precisa y completa tal como está. Si denegamos su solicitud, puede presentar una declaración por escrito de su desacuerdo con esa decisión y, a su vez, podemos preparar una refutación por escrito. Toda la información relacionada con cualquier solicitud de enmienda se mantendrá y divulgará junto con cualquier divulgación posterior de la información en disputa.

**5. Derecho a una contabilidad de las divulgaciones.** Usted tiene derecho a recibir una contabilidad de las divulgaciones de su información de salud realizadas por esta práctica médica, excepto que esta práctica médica no tiene que dar cuenta de las divulgaciones que se le proporcionaron o de conformidad con su autorización por escrito, o como se describe en los párrafos 1 (tratamiento), 2 (pago), 3 (operaciones de atención médica), 6 (notificación y comunicación con la familia) y 18 (funciones gubernamentales especializadas) de la Sección A de este Aviso de Prácticas de Privacidad o divulgaciones con fines de investigación o salud pública que excluyan identificadores directos de pacientes, o que sean incidentes con un uso o divulgación permitida o autorizada por la ley, o las divulgaciones a una agencia de supervisión de la salud o a un funcionario encargado de hacer cumplir la ley en la medida en que esta práctica médica haya recibido un aviso de esa agencia o funcionario de que proporcionar esta contabilidad sería razonablemente probable que impida sus actividades.

**6. Derecho a una copia en papel o electrónica de este Aviso.** Tiene derecho a notificar nuestros deberes legales y prácticas de privacidad con respecto a su información de salud, incluido el derecho a una copia impresa de este Aviso de prácticas de privacidad, incluso si ha solicitado previamente su recepción por correo electrónico. Si desea obtener una explicación más detallada de estos derechos o si desea ejercer uno o más de estos derechos, comuníquese con nuestro Oficial de Privacidad que figura en la parte superior de este Aviso de Prácticas de Privacidad. Cambios a este Aviso de Prácticas de Privacidad Nos reservamos el derecho de modificar este Aviso de Prácticas de Privacidad en cualquier momento en el futuro. Hasta que se realice dicha modificación, estamos obligados por ley a cumplir con los términos de este Aviso actualmente en vigor. Después de que se realice una enmienda, el Aviso de protecciones de privacidad revisado se aplicará a toda la información de salud protegida que mantengamos, independientemente de cuándo se creó o recibió. Guardaremos una copia del aviso actual publicado en nuestra área de recepción, y una copia estará disponible en cada cita.

---

Firma del paciente

---

Fecha

**Proveedor principal: Jared Reiss PA-C**  
**Número de fax: (321) 421-0393**





# Fort Myers Vein SPECIALISTS

## CONSENTIMIENTO PARA LOS TRATAMIENTOS

Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha De Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### Ablación Venosa Endoluminal

Izquierda

Derecha

Bilateral

Durante este procedimiento, se inyecta anestesia local alrededor de la vena objetivo. Se colocará un pequeño catéter de fibra en la vena bajo guía de ultrasonido. La energía láser se entrega a la vena objetivo de forma selectiva. Se aplicará un apósito de compresión y se requerirá que se usen medias de acuerdo con la hoja de información posterior a la operación.

### Flebectomía

Izquierda

Derecha

Bilateral

Durante este procedimiento, se inyectará anestesia local en las áreas previamente marcadas. Se realizarán múltiples incisiones pequeñas de 2-3 mm a lo largo de las venas objetivo y se eliminarán suavemente. Se aplicará un apósito de compresión y se usarán medias de acuerdo con la hoja de información postoperatoria.

### Escleroterapia / Veingogh

Izquierda

Derecha

Bilateral

Durante este procedimiento, las arañas vasculares pequeñas o las venas varicosas se inyectarán con solución esclerosante o se tratarán con un láser o ambos. Se puede aplicar un apósito de compresión, si es así, se deben usar medias de acuerdo con la hoja de información postoperatoria.

### Riesgos e incomodidad

Si el paciente se somete a ablación venosa endoluminal, flebectomía por arma blanca y / o escleroterapia, los síntomas de las venas varicosas y / o los resultados cosméticos pueden mejorar, permanecer iguales o empeorar. Los efectos secundarios potenciales son lesión térmica (ardor en la piel suprayacente o tejido circundante), sangrado por la perforación de una vena, trombosis venosa profunda (coágulo de sangre), rotura de la fibra láser, flebitis superficial (inflamación de la vena), hiperpigmentación (oscurecimiento de la piel suprayacente) o neovascularización (crecimiento de una vena). También pueden ocurrir problemas y efectos secundarios que no se conocen o no son comunes. Más comúnmente, el procedimiento puede causar mareos, sangrado, incomodidad, dolor y, en raras ocasiones, infección. Cualquier procedimiento invasivo conlleva el riesgo de infección, sangrado, daño a los órganos y / o muerte. La anestesia local se usa para minimizar las molestias, pero puede no ser completamente efectiva para prevenir el dolor significativo del procedimiento. En raras ocasiones, los pacientes pueden tener una reacción alérgica a la anestesia local, como la lidocaína. No hay garantía de que el paciente reciba ningún beneficio médico como resultado de la ablación venosa endoluminal, la flebectomía por arma blanca y / o la escleroterapia. Es posible que la condición permanezca igual o empeore. Es posible que las venas varicosas y las arañas vasculares ocurran en una fecha posterior.

### Complicaciones potenciales de no someterse a tratamiento

Las complicaciones potenciales de no someterse a tratamiento a menudo se limitan a simplemente empeorar la afección, como el aumento del número de venas, el agrandamiento de las venas existentes, la aparición de nuevas venas y / o el empeoramiento de los síntomas o la apariencia de las venas. En el caso de una vena varicosa grande, ocasionalmente puede ocurrir flebitis superficial espontánea o sangrado. Los pacientes con venas varicosas asociadas con insuficiencia venosa subyacente pueden desarrollar hinchazón crónica del tobillo y / o cambios en la piel, como eccema, hiperpigmentación y úlceras cutáneas.

### Tratamiento alternativo

Dado que las venas varicosas y las arañas vasculares no son potencialmente mortales, el tratamiento no es obligatorio. Algunos pacientes pueden obtener un alivio adecuado al usar medias de compresión. El tratamiento alternativo a las venas varicosas incluye la ligadura quirúrgica y la extracción.

### Beneficios potenciales

Los beneficios potenciales del procedimiento son la reducción en el tamaño de las venas tratadas, la mejora en la apariencia de la vena y la mejora o resolución de los síntomas varicosos como hinchazón, pesadez, picazón, dolor y sangrado. Al firmar a continuación, reconozco que he leído y entiendo lo anterior y que he sido informado adecuadamente de la naturaleza, la intención, el propósito y el riesgo y las consecuencias significativas de la ablación venosa endoluminal, la flebectomía por arma blanca y / o la escleroterapia. Se me ha dado una amplia oportunidad de hacer preguntas sobre mis condiciones y opciones

Autorizo la toma y el uso de fotografías y / o videos para documentar cursos clínicos: Sí No

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Firma del testigo: \_\_\_\_\_ Firma del proveedor: \_\_\_\_\_