



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

CARTA DE BIENVENIDA AL PACIENTE

Bienvenidos a Western Vascular Institute. Esta Organización es propiedad de Mitar Vranic, D.O. y Henry Tarlian, M.D.

Nos gustaría dejarle saber que todos los médicos son certificados por la American Board of Surgery y tiene licencia en el Estado de Arizona. Tenemos entrenamiento extensivo en Cirugía Vasculár. Si usted elegi tener cirugía en esta organización, nosotros seremos los únicos haciendo los servicios de cirugía y anestesia.

Esta organización también usa proveedores de medio-nivel, ej. Enfermeras Practicantes que tienen credencial y licencia en el Estado de Arizona. Proveen cuidado acuerdo a su alcance del servicio.

Por favor tenga en cuenta que si tiene alguna queja por favor pida una forma de quejas de la recepcionista.

Si usted tiene sugerencias, por favor póngalo por escrito. Esto puede ser hecho anónimamente y puede ser por medio de nuestra recepcionista o enviado a la oficina.

Animamos a todos los pacientes participar en el cuidado, y hacer preguntas sobre cualquier cosa; cirugía, medicamentos, tratamiento, dieta, etc.

Esta organización educa al personal al contratarlo y anualmente después en higiene de manos y seguimos las directrices de la CDC para higiene de manos. Animamos nuestro personal quedarse en casa cuando no se sienten bien. Proveemos pañuelos y botes de basura en toda la instalación y animamos que todos se cubran su boca cuando tosan o estornuden y se laven las manos.

Si usted tiene el procedimiento o cirugía en esta organización queremos que usted sepa que valoramos la seguridad del paciente. Por lo tanto, puede escucharnos hacer ciertas cosas y preguntar ciertas preguntas que le pueden sorprender. Aunque nosotros sabemos quien es usted le preguntaremos información para identificarse tal como su fecha de nacimiento su dirección aparte de decirnos su nombre. Nos tomamos un tiempo o "pausa" antes de comenzar su procedimiento para asegurar que tengamos todo lo que necesitamos y todo el equipo este de acuerdo. Solamente el medico haciendo el procedimiento marcara el área de cirugía. Esta organización se adhiere a medidas de control de infección estricto antes, durante y después del procedimiento incluyendo, pero no limitado a: técnica de procedimiento, el cuidado de ambiente, cuidado de equipo e instrumentos, y educación de todo el personal en lo mas nuevo de medidas de control de infección.

Si alguien tiene preocupaciones de cuidado de paciente y seguridad en la organización, que la organización no haya atendido, lo animamos a contactar a un miembro del equipo de gerentes de la organización. Si usted siente que las preocupaciones no fueron atendidas por la organización, lo animamos a contactar la Joint Commission llamando al 800-994-6610 o un correo electrónico al complaint@jointcommission.org.

T: 480.668.5000 | F: 480.668.5065 | Coordinador de Pacientes Nuevos: 480.668.5000 ext. 331, 332 o 703

Mesa
7165 E. University Dr.
Suite 183
Mesa, AZ 85207

Testing Center
7165 E. University Dr.
Suite 105
Mesa, AZ 85207

Phoenix
3600 N. 3rd Ave.
Suite B
Phoenix, AZ 85013

Payson
708 S. Coeur d'Alene Ln.
Suite B
Payson, AZ 85541



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

DERECHOS DE PACIENTE Y RESPONSABILIDADES

Derechos

La observación de las siguientes directrices le proveerá cuidado de paciente más efectivo y más satisfacción para el paciente, el medico y el individuo hacer la organización de la oficina. Es en reconocimiento de estos factores que estos derechos son afirmados.

El paciente tiene el derecho a cuidado considerado y respetuoso; cultural, psicosocial, espiritual, valores personales, creencias, y preferencias serán respetadas y cuidado será dado en un lugar seguro. Pacientes con problemas de visión, vocabulario, audición, lenguaje y cognitivo tienen el derecho a comunicación efectiva.

El paciente tiene el derecho de recibir de su médico información necesaria para dar un consentimiento informado antes de comenzar cualquier procedimiento y/o tratamiento. Excepto en emergencias, tal información para consentimiento informado debe de incluir, pero no necesariamente limitado al procedimiento específico y/o tratamiento, los riesgos médicos significativamente involucrados, y la probabilidad de tiempo de incapacidad. Donde alternativas medicas significantes para cuidado o tratamiento existe, o cuando el paciente solicita información acerca de alternativo médico, el paciente tiene el derecho de saber el nombre de la persona responsable por el procedimiento y/o tratamiento también como la persona responsable por su sedación y anestesia.

El paciente tiene derecho a toda consideración de su privacidad acerca de su programa de cuidado médico. Discusión de caso, consultación, examinación, y tratamiento son confidencial y debe de ser conducidos discretamente. El paciente tiene el derecho de esperar que toda la comunicación y archivos que pertenezcan a su cuidado deben de ser tratados como confidencial. Esos no involucrados directamente en el cuidado deben de obtener permiso del paciente para estar presente.

El paciente tiene el derecho de obtener información actual acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su médico en términos que el paciente pueda entender razonablemente. El paciente tiene el derecho de estar involucrado en las decisiones de su cuidado, tratamiento y servicios y el paciente tiene el derecho de tener su dolor asesorado, manejado y tratado para mas efectividad posible.

El paciente tiene el derecho, cuando es apropiado, la familia del paciente puede ser informada de resultados no anticipados de cuidado, tratamiento, y servicios que se relacionan a eventos centinela o adversos revisables.

El paciente tiene el derecho de esperar que, dentro de su capacidad, esta instalación ambulatoria debe de proveer evaluaciones, servicio y/o referencia como es indicado por la urgencia del caso. Cuando es medicamente permitido, el paciente puede ser transferido a otra instalación solamente después de que ella/el haya recibido información completa y explicación sobre las necesidades para y alternativas para dicha transferencia.

El paciente tiene el derecho a obtener información sobre cualquier relación de la instalación y otro cuidado de salud y institutos educacionales en la medida a su asunto de cuidado. El paciente tiene el derecho de obtener información sobre la existencia de cualquier relación profesional entere individuos, por nombre, cual lo estén tratando.

El paciente tiene el derecho de esperar cuidado continuo razonable. El paciente tiene el derecho de esperar que esta instalación provea un mecanismo donde el/ella este informado por su medico sobre el cuidado continuo requerido del paciente después de ser dado de alta.



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

DERECHOS DE PACIENTE Y RESPONSABILIDADES CONTINUADO

El paciente con discapacidades cognitivas tiene el derecho de ser tratado con el consentimiento de su miembro de familia o sustituta. Tal miembro de familia o sustituto debe de proveer autoridad legal para representar al paciente por medio de tutela, comprobante de apoderada cuidado de salud, o poder legal. Comprobante de autoridad legal debe de ser presentado antes de brindar tratamiento.

El paciente tiene el derecho de saber el mecanismo para quejarse también como sugerencias.

El paciente tiene el derecho de cambiar a un médico de preferencia.

El paciente tiene el derecho de rechazar cuidado, tratamiento, y servicios en acuerdo con la ley y regularización.

El paciente tiene el derecho de apelar información en su archivo médico.

El paciente tiene el derecho de examinar y recibir explicación de su factura y de esperar prácticas de facturación éticas.

El paciente tiene el derecho de ejercer sus derechos sin discriminación o represarías, abuso o hostigamiento.

Responsabilidades

El paciente tiene la responsabilidad de proveer al médico con la información más actual y completa acerca de quejas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos, alergias y cambios inesperados en la condición del paciente. El paciente es responsable por hacer preguntas cuando no comprenda que se le está diciendo o que se espera que hagan.

El paciente es responsable de hacer preguntas cuando no comprenda lo que se le esta diciendo o lo que se espera que hagan.

Si el plan de cuidado es acordado, el paciente tiene la responsabilidad de seguir con el plan de cuidado o expresar preocupaciones con cumplimiento. El paciente y familia son responsables de seguir el plan preoperativo y después de ser dado de alta. El paciente y familia son responsable por los resultados si no siguen el plan de cuidado.

El paciente es responsable de proveer a un adulto para transportarlo a él/ella de la instalación y permanecer con el/ella por 24 horas, si es requerido por su médico.

El paciente es responsable de informar a su medico de cualquier testamento en vida poder legal medico o otra directriz que puede afectar su cuidado.

El paciente y familia son responsable de seguir las reglas de la practica y regulaciones acerca del cuidado del paciente y conducta.

El paciente y familia son responsables de ser considerados por el personal y propiedad de la instalación.

El paciente y familia son responsables de reunir rápidamente cualquier obligación financiera acordada con la práctica.



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Para nuestros pacientes: Este aviso describe como su información de salud (como paciente de esta práctica) puede ser usada y divulgada, y como usted puede tener acceso a esta información de salud. Esto es creado por las Regulaciones de Privacidad creadas como resultado de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (LPRSM).

Nuestro compromiso a su privacidad

Nuestra practica esta dedicada a mantener la privacidad de su información de salud. Estamos requeridos por ley mantener la confidencialidad de su información de salud. Sabemos que estas leyes son complicadas, pero debemos de proveerle la siguiente información importante:

- Como usamos y divulgamos su información de salud
- Sus derechos de privacidad
- Nuestra obligación acerca del uso y divulgación de su información de salud

Podemos usar y divulgar su información de salud en las siguientes formas

Las siguientes categorías describen las diferentes maneras cual podemos usar y divulgar su información de salud.

1. **Tratamiento.** Médicos y personal puede usar y divulgar su información de salud para tratarlo o asistir a otros en su tratamiento. Adicionalmente, podemos usar su información de salud para informar a otros que pueden asistir en su cuidado, como su conyugue, hijos, o padres.
2. **Pago.** Nuestra practica puede usar su información de salud para facturar y coleccionar pago por servicios recibidos de nosotros. Podemos proveer detalles a su aseguranza acerca de tratamiento para determinar si su aseguranza cubrirá, o pagará por, su tratamiento. También podemos usar y divulgar su información para obtener pago de personas terceras que puede ser responsables del costo, como miembros de familia. También, podemos usar su información de salud para facturar directamente por servicios y artículos.
3. **Operaciones de Cuidado de Salud.** Podemos necesitar usar y divulgar su información de salud para poder administrar nuestra practica a los mejores estándares clínicos y lo mas efectivo posible. Esto puede ser usada para evaluar el rendimiento de nuestros médicos y personal, para determinar si nuestro plan de tratamiento es efectivo, o determinar si hay otros servicios que debamos ofrecer. También podemos comparar nuestro data clínica con otras prácticas; repararlo con estudiantes médicos, personal médico, técnicos, y a otros propósitos como enseñar y aprender. Nos esforzamos en quitar información que lo identifique de esta práctica.
4. **Divulgación requerida por ley.** Nuestra práctica usara y divulgara su información de salud cuando seamos requeridos hacerlo por leyes federales, estatales, locales.
5. **Comunicación de Práctica.** Tal vez queramos hablarle por teléfono para propósitos de recordatorio y dejar un mensaje en su contestadora en casa, trabajo, o con un miembro de familia. Usted puede requerir que nuestra practica se comunique con usted sobre sus problemas de salud y otros relacionados de una manera particular. Por ejemplo, usted puede desear ser contactado en el trabajo durante horas de negocio en vez de en casa. Nosotros acomodaremos solicitudes razonables. Nosotros pediremos la ayuda de un traductor privado si es necesario un traductor (incluyendo ASL). Esta persona estará a alguna información de salud.



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD CONTINUADO

Usted puede pedir restricciones en el uso y divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud o operaciones de cuidado de salud. Adicionalmente, usted tiene el derecho de solicitar que restringimos nuestras divulgaciones de su información de salud solo a ciertos individuos involucrados en su cuidado o pago por su cuidado, tal como miembros de familia y amigos. No estamos requeridos de estar de acuerdo con su solicitud; sin embargo, es estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando sea requerido por ley, en agencias, o cuando la cuando información sea necesaria para tratarlo. ***Cualquier restricción necesaria debe de ser dada por escrito a Western Vascular Institute, PLLC.***

Usamos y divulgamos su información de salud en ciertas circunstancias especiales

Las siguientes circunstancias pueden requerir el uso y divulgación de su información y salud.

1. Para autoridades publicas y agencias de salud de vigilancia que están autorizadas por ley para coleccionar información.
2. Pleitos y procesos similares en respuesta a una orden de corte o administrativa.
3. Si somos pedidos hacerlo por un oficial de ley.
4. Cuando es necesario reducir o prevenir una amenaza grave a su salud y seguridad o la salud y seguridad de otros individuos o el público. Solamente haremos divulgaciones a personas u organización disponibles para ayudar prevenir la amenaza.
5. Si usted es miembro de las fuerzas armadas U.S o internaciones (incluyendo veteranos) y si es requerido por las leyes apropiadas.
6. A oficiales federales para inteligencia y actividades de seguridad nacional autorizados por ley.
7. A instituciones correccionales o oficiales de ley si usted es un preso o bajo la custodia de un oficial de ley.
8. Para programa de Compensación al Trabajador o similares.

Sus derechos acerca de su información de salud

1. Comunicación – Usted puede solicitar que nuestra practica se comunice con usted sobre su salud y problemas relacionados en una manera particular o en cierta ubicación. Por ejemplo, usted puede preguntar que nos contactemos solo a su casa, y no al trabajo. Nosotros acomodaremos solicitudes razonables.
2. Usted tiene el derecho de ser notificado después de una violación de su ISP.
3. Usted tiene el derecho de pedir que pare de recibir dicha comunicación como correo de mercadotecnia.
4. Usted tiene el derecho de restringir ciertas divulgaciones de ISP a su plan de salud cuando usted pague por tratamiento de su bolsillo.
5. Usted puede solicitar una restricción en nuestro uso y divulgación de su información de salud para tratamiento, pago u operaciones de cuidado de salud. Adicionalmente usted tiene el derecho de solicitar que restrinjamos divulgaciones de su información de salud a ciertos individuos involucrados en su cuidado o el pago por su cuidado, tal como familiares y amigos. No estamos requeridos estar de acuerdo con su solicitud; sin embargo, si estamos de acuerdo, estamos obligados por nuestro acuerdo excepto cuando sea requerido por ley, en emergencias, o cuando la información sea necesaria para tratarlo.



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD CONTINUADO

6. Usted tiene el derecho de inspeccionar y obtener una copia de su información de salud que puede ser usada para hacer decisiones sobre usted, incluyendo archivos médicos y archivos de facturación, pero no incluir notas de psicoterapia. Usted debe presentar su solicitud por escrito: Western Vascular Institute, PLLC, 7165 E University Drive #187, Mesa, AZ 85207.
7. Usted debe de solicitar una enmienda de su información de salud si usted cree que esta incorrecta o incompleta, siempre y cuando la información sea mantenida por o para nuestra práctica. Para solicitar una enmienda, su solicitud debe de ser hecha por escrito y sometida a Western Vascular Institute, PLLC, Atención: Oficial de Cumplimiento, 7165 E University Drive #187, Mesa, AZ 85207, (480) 668-5000. Usted debe de proporcionar una razón que apoye su solicitud para una enmienda. Western Vascular Institute tiene 60 días para responder a su solicitud.
8. Derecho a una copia de este aviso. Usted tiene el derecho de recibir una copia de este aviso de practicas de privacidad. Usted puede solicitar una copia de este aviso a cualquier momento.
9. Usted tiene el derecho de presentar una queja. Si usted cree que sus derechos de privacidad han sido violados, usted puede someter una queja con nuestra Secretaria de Departamento de Salud y Servicios Humanos. Para presentar una queja con nuestra práctica, contacte a Western Vascular Institute, PLLC, Oficial de Cumplimiento al (480) 668-5000. Todas las quejas deben de ser sometidas por escrito a Vascular Institute, PLLC, 7165 E University Drive #187, Mesa, AZ 85207. Usted no será penalizado por someter una queja.
10. El derecho de proveer autorización a otros usos y divulgaciones. Nuestra practica obtendrá una autorización o escrito para usos y divulgaciones que no son identificados en este aviso o permitidos por leyes aplicables. Esta autorización se quedará en efecto hasta que usted la cancele.

Redistribución de este Aviso – Nosotros prominentemente pondremos cualquier revisión de este Aviso en nuestra oficina



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE

Gracias por elegir a Western Vascular Institute, PLLC. (“Proveedor”) como su proveedor de cuidado de salud!

Los servicios médicos que usted busca aquí implican una obligación en su parte para asegurar pago por completo por servicios que usted recibió. El Acuerdo de Responsabilidad de Paciente Financiera le ayudara a comprender la responsabilidad financiera.

Consentimiento. Yo doy consentimiento a tratamiento y servicios ordenados por mi medico o asistente de medico en y/o sus asociados. Yo entiendo que mi proveedor de salud puede hacer servicios medicamente necesarios, también como servicios ‘electivos’, acuerdo con nuestras directrices de cuidado. Yo si tengo el derecho de considerar o rechazar servicios antes de que sean hechos. Mi consentimiento de hacer dicho tratamiento y/o servicios será considerado un acuerdo no verbal para pagar por servicios brindados a mí.

Responsabilidad. Yo entiendo que soy últimamente responsable por todas las obligaciones de pago que resultaran de mi tratamiento y cuidado y yo garantizo pago por estos servicios. Yo soy responsable por los deducibles, co-pagos, co-aseguranza o cualquier cantidad que el paciente sea responsable indicado por mi portador de aseguranza o por cualquier servicio no cubierto por mi aseguranza.

Política de Aseguranza. Es mi responsabilidad saber y comprender la política de mi aseguranza, el beneficio de cobertura y limites de póliza. Yo entiendo que soy responsable personalmente por pago cuando: (i) mi plan de salud requiere una autorización previa/referencia por mi medico primario antes de recibir servicios, y yo no he obtenido tal autorización o referencia; (ii) Yo recibo servicios en exceso de la autorización/ referencia; (iii) mi plan de salud determina los servicios que yo voy a recibir no son medicamente necesarios y/o no cubiertos por mi plan de aseguranza. (iv) mi cobertura se ha cancelado/vencido durante el tiempo que recibí servicios; (v) yo he elegido utilizar mis beneficios fuera de la red; o (iv) yo he elegido no usar la cobertura de mi plan por servicios brindados.

Arreglo de Pago. Si tengo o no aseguranza o pago por si mismo, pago por el balance de mi cuenta será debido dentro de treinta (30) días de recibir mi declaración de facturación. Yo entiendo que tengo que hacer arreglos especiales para pago, yo puedo contactar el Departamento de Facturación para arreglar un plan de pago mutuo. Si mi cuenta tiene mas de sesenta (60) días, mi cuenta será cerrada y enviada a una agencia de colección o abogado.

Pagos Aceptados. Yo entiendo que puedo hacer pagos por cheque, efectivo, giro postal, tarjetas de débito, tarjetas de crédito (Visa, MasterCard, American Express o Discover) o CareCredit.

Pago por Cheque. Si mi pago de cheque es regresado o rechazado por cualquier razón, mi cuenta será cobrada una cuota de \$25.00 en adición a cualquier costo asesorado o cobrado por el banco. Cheques regresados a la oficina también son sujeto a más colección por la oficina del Abogado del Condado de Maricopa a menos que método de pago sea enviado a petición. Después de dos (2) cheques recibidos por el Proveedor, mis cheques personales no serán aceptados, y yo seré responsable por usar otro método de pago.



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE CONTINUADA

Servicios Auxiliares. Puedo recibir servicios médicos auxiliares mientras sea un paciente de un proveedor como anestesiólogo; interpretación de pruebas; servicios de imagen; pruebas diagnósticas, etc. Yo entiendo que algunos médicos pueden no proveer servicios directamente en mi presencia, pero son activamente involucrados en el curso de mi diagnóstico y tratamiento. Yo autorizo pago directo por estos servicios bajo la política sometida a mi por mi portador de seguro. Puedo incurrir cargos adicionales por los servicios auxiliares. Yo estoy de acuerdo en pagar todos los cargos por servicios después de que mis beneficios sean pagados en mi nombre sean puestos en mi cuenta como determinado por mi portador de seguro.

Colección de Cargos Anticipados. Por servicios de cuidado de salud, oficina, procedimientos quirúrgicos. El proveedor colectará mi responsabilidad financiera anticipada por dichos servicios antes de dar cuidado prenatal; y antes de dar a luz o programar un procedimiento de oficina o quirúrgico. El proveedor contactará a mi portador de seguro para determinar un estimado de la cantidad debida basada en la cantidad actual contratada y cuotas programadas. Yo no hare al médico responsable por información incorrecta/no exacta proporcionada por mi portador de seguro acerca de mis beneficios de seguro o plan de beneficios. Proveedor no acepta la responsabilidad por información incorrecta brindada por mi o mi portador de seguro acerca de mis beneficios de seguro o plan de beneficios. Si hay una cantidad restante después de haber procesado mi reclamo y cantidad anticipada de cargos ha sido aplicada, yo entiendo que yo seré responsable por la cantidad restante y soy últimamente responsable por pago.

No-Pago en Cuenta. Si proceso de colección es necesaria o otra acción legal sea necesaria para colectar cuenta pasada o delincente, yo entiendo que el medico tiene el derecho de divulgar información personal relacionada a una agencia de colección o abogado e información de cuenta necesaria para colectar pago por servicios brindados. Yo soy responsable por todos los costos de colección incluyendo, pero no limitado a: (i) cuotas de tarde y cargos y intereses debido al resultado de dicha delincuencia; (ii) una cuota administrativa de \$50.00 será agregada a cualquier saldo restante con la agencia de colección o abogado; (iii) Interés de 18% por año será incurrido en la cantidad principal debida; (iv) todos los cargos y cuotas de abogado y corte incurridas durante el proceso de colección; y yo reconozco que si mi cuenta es referida a una agencia de colección, abogado, corte o cuando esta en estado de pasada será reportada a una agencia de crédito, puede tener un efecto adverso in mi historia de crédito. Ya que mi cuanta sea colocada con la agencia de colección o abogado, yo soy responsable por comunicarme con sus oficinas para pago. Puedo perder la habilidad de ser visto por el medico como resultado de mi cuenta enviada a la agencia de colección o abogado.

Opción de Lugar. Este acuerdo será gobernado por las leyes del Estado de Arizona y toda la acción legal será sometida al Condado de Maricopa, Arizona en acuerdo con la ley de Arizona.

Autorización de Contacto. Yo doy permiso y consentimiento al proveedor y sus agentes, asignados, y contratistas (cual puede incluir personas terceras de colección de deudas por obligaciones pasadas); (1) de contactarme a cualquier teléfono asociado conmigo, si es proporcionado por mi o otra persona en mi nombre; (2) de dejar mensajes



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ACUERDO DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DE PACIENTE CONTINUADA

para mi y incluíd en dicho mensaje la cantidad debida; (3) de enviarme mensajes de texto o correos electrónicos usando mi correo electrónico proporcionado o cualquier teléfono asociado conmigo, o si es proporcionado por mi o otra persona en mi nombre; y (4) de usar mensajes de voz grabados/artificiales y/o un sistema de llamada automático como es definido por la Ley de protección de Consumidor de Teléfono en conexión con cualquier comunicación hecha a mi proporcionada aquí o cualquier servicio programado y mi cuenta y entiendo este contrato puede resultar a cargos a mí. Yo entiendo de proporcionar información de contacto actual para evitar divulgación no intencionada de información y acepto y reconozco que Western Vascular Institute y sus agentes, asignados y contratistas (cual pueden incluir a personas terceras como colectores por obligaciones pasadas) trataran cualquier correo electrónico o teléfono que yo proporcione como mi correo electrónico o teléfono privado que no esta accesible por personas terceras no autorizadas. Yo entiendo que harán llamadas de intento a mi celular durante las horas de llamada permitidas basados en el horario de zona asociadas con el número de teléfono proporcionado, amenos que sea notificado de otra manera. Yo entiendo que mi rechazo de proporciona información descrita en este párrafo no afectara, directa o indirectamente, mi derecho de recibir servicios de cuidado de salud.

Reconocimiento. Yo entiendo que últimamente soy responsable por pago de servicios recibidos del proveedor, sin importar mi cobertura de aseguranza de salud, yo entiendo que el proveedor no actuar como administrador para resolver mis acuerdos financieros personal acerca de cuidado médico. Yo he tenido la oportunidad de leer este Acuerdo de Responsabilidad Financiera de Paciente completamente y he tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de detalles de este acuerdo. Cualquier pregunta ha sido contestada satisfactoriamente.

Yo consiento y estoy de acuerdo con la política mencionada del proveedor y entiendo que puede cambiar sin aviso.

Firma y fecha de acuerdo: _____

Nombre de Paciente (Imprimir)

Firma



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

DEMOGRÁFICAS DE PACIENTE

INFORMACIÓN DE PACIENTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ Casa Trabajo Otro

Teléfono: _____ Casa Trabajo Otro

Sexo: M F Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

de Seguro Social: _____

Lenguaje Preferido: _____

Estado Civil: Casado/a Soltero/a Divorciado/a

Correo Electrónico: _____

Medico Refiriendo: _____

Medico Primario: _____

Étnica: Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro

Raza: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Americano Africano

Nativo de Hawái o Otro Isleño Pacifico Blanco o Caucasiano Otro o No Determinado

INFORMACIÓN DE EMPLEADOR DEL PACIENTE

Empleado Retirado Desempleado Otro

Nombre de Empleador: _____

Teléfono de Empleador: _____

Ocupación: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre	Relación	Teléfono
--------	----------	----------

_____	_____	_____
_____	_____	_____

PERSONA RESPONSABLE (si el paciente es menor de 18 años)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Empleador: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono de Trabajo: _____

SSN: _____ Fecha de Nacimiento: _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

ASEGURANZA DE PACIENTE

ASEGURANZA PRIMARIA

Nombre de Compañía de Aseguranza: _____

ID: _____

de Grupo/Póliza: _____

Nombre de Subscriber: _____

Teléfono de Subscriber: _____

Relación al Paciente: _____

Empleador de Subscriber: _____

SS de Subscriber: _____

Fecha de Nacimiento de Subscriber: _____

ASEGURANZA SECUNDARIA

Nombre de Compañía de Aseguranza: _____

ID: _____

de Grupo/Póliza: _____

Nombre de Subscriber: _____

Teléfono de Subscriber: _____

Relación al Paciente: _____

Empleador de Subscriber: _____

SS de Subscriber: _____

Fecha de Nacimiento de Subscriber: _____

AUTORIZACIÓN Y ASIGNACIÓN DE ASEGURANZA

Por favor lea y firma

Yo aseguro que la información dada aquí es correcta y cierta a mi mejor conocimiento. Yo por lo presente asigno beneficios de ser pagados directamente al médico, y lo autorizo para proveer información acerca de mi enfermedad a mi portador de aseguranza. ***Yo entiendo que soy responsable por cualquier cantidad no pagada por mi aseguranza.*** Yo autorizo a la clínica de obtener historia de medicamentos electrónicamente del administrador de beneficios de mi farmacia.

FIRMA DE PACIENTE/TUTOR

FECHA



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

Por favor imprimir su nombre: _____

POLÍTICAS

Política de Pago

Pago de Asegurancia y/o Beneficios de Medicare a:

Western Vascular Institute, 7165 E. University Drive, Suite 187, Mesa, AZ 85207-6415

Yo solicito que los pagos sean hechos directamente a mi o al proveedor nombrado en la forma de reclamo por servicios brindados a mi durante el periodo efectivo de esta autorización. Yo autorizo al proveedor nombrado arriba de liberar a la Administración de Seguro Social, sus intermediarios o portadores cualquier información requerida para que cualquier reclamo sea pagado y procesado. Yo autorizo la liberación de cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagables por servicios relacionados.

Derechos de Paciente y Divulgación de Información de Paciente

Su firma abajo indica que usted recibió la Carta de “Bienvenida de Paciente Nuevo” que le provee con información sobre nuestra organización y sus derechos como paciente con nosotros.

Política de Cancelación

Si usted no puede mantener su cita, usted esta obligado a informar a nuestra oficina dentro de 24 horas de negocio de su cita programada para visita de oficina o cita de ultrasonido y un aviso de 48 horas de negocio para cirugía en la oficina o cirugía en el hospital. Si usted no cancela su cita dentro del tiempo requerido, usted será sujeto a una cuota de no-cancelación como sigue: Visita de Oficina \$35.00, Ultrasonido \$50.00, Cirugía dentro de Oficina \$150.00 y Cirugía en Hospital \$200.00. Su firma abajo reconoce que usted ha leído y entiende nuestra política de no-cancelación.

Consentimiento de Política para Identificación de Archivo Electrónico

Western Vascular Institute usa sistema de Archivo Medico Electrónico (AMR) para mantener su información de cuidado de salud. Nosotros usamos foto digital para identificar visualmente a nuestros pacientes. Solamente usaremos su fotografía para propósitos de identificación. Su fotografía no será divulgada o liberada fuera de esta instalación y solamente será usada cumpliendo con nuestro Aviso de Practicas de Privacidad y ley de LPRSM. Su firma abajo indica que usted ha leído y entendido esta política.

Consentimiento a Tratamiento & Autorización/Asignación de Asegurancia

1. El paciente o representante autorizado reconoce la necesidad de cuidado y consiente a CUALQUIER y TODO servicio medico necesario como sea ordenado por el médico y a discreción del paciente. Estos servicios pueden incluir servicios de laboratorio, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico mínimo o de emergencia, examen o otros servicios brindados bajo las instrucciones específicas del médico.
2. Yo por lo presente autorizo a WESTERN VASCULAR INSTITUTE, PLLC de brindar información a portadores de asegurancia acerca de mi o mi enfermedad y tratamiento. Yo por lo presente asigno a los proveedores de esta practica TODOS los pagos por servicios médicos brindados a mi o mis dependientes. Yo entiendo que yo soy responsable por CUALQUIER cantidad NO cubierta por mi asegurancia, incluyendo cuotas de abogado.

Al firmar abajo, yo leí, reconozco y estoy de acuerdo con las políticas mencionadas arriba, derechos de paciente y consentimientos.

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha



WESTERN VASCULAR

I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

Por favor imprimir su nombre: _____

POLÍTICAS CONTINUADO

Reconocimiento de Recibir Aviso de Practicas de Privacidad

Al firmar abajo, yo reconozco que he recibido el Aviso de Practicas de Privacidad de Western Vascular Institute, cual explica sus deberes legales y practicas de privacidad con respecto a mi información de salud protegida. Yo entiendo que puedo negarme a firmar este reconocimiento.

Firma de Paciente o Representante de Paciente

Fecha



WESTERN VASCULAR
I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

FORMA DE HISTORIAL DE PACIENTE

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Primary Care Physician: _____ Referring Physician: _____

Person Recording Information: _____ Relationship to Patient: _____

Medicamentos actuales y Alergias

Droga

Dosis (mg)

¿Cuántas veces al día?

¿Usted actualmente toma Aspirina? Sí No

Droga	Dosis (mg)	¿Cuántas veces al día?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Farmacia: _____ Calles Principales: _____ Teléfono: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

OTRAS ALERGIAS:

INMUNIZACIONES:

Quando fue su ultima vacuna de la gripe: _____ Quando fue su última vacuna de neumonía: _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

Por favor indique si usted ha tenido alguna de las siguientes marcando la caja correspondiente:

HISTORIAL MÉDICO PASADO

Cáncer

- Cáncer (especifique el tipo abajo)

- Tratamiento de Cáncer (especifique abajo)

Enfermedad Cardíaca

- Enfermedad Cardíaca
 Derrame Cerebral
 Ataque Cardíaco
 Presión Arterial Alta
 Colesterol Alto

Oído, Nariz, Garganta

- Problemas de Oído, Nariz, Garganta
 Enfermedad de Ojo
 Problema de Audición

Piel

- Enfermedad de Piel

Musculoeskeletal

- Artritis
 Osteoporosis

- Dolor de Espalda Crónico
 Enfermedad de Crecimiento/ Desarrollo

Endocrino

- Diabetes
 Enfermedad de Tiroides
 Enfermedad de Autoinmune
 Enfermedad de Riñón

Respiratoria

- Asma
 Enfermedad de Pulmón Crónico
 TB

Neurológico

- Enfermedad Neurológica
 Epilepsia
 Dolor de Cabeza Crónico

Psiquiátrica

- Enfermedad Psiquiátrica
 Depresión

Otro

- Anemia
 Enfermedad de Sangrado
 Transfusión de Sangre
 Aneurisma Torácico/ Abdominal

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO

Cirugía Cardíaca

- Bypass de Corazón
 Stent de Corazón
 Marca Pasos
 Cardioversión
 Reemplazo de Válvula Mitral
 Otra cirugía cardíaca:

Cirugía de Pulmón

- Cirugía de Pulmón

Cirugía Musculoeskeletal

- Cirugía Ortopédica
 Cirugía de Espalda
 Cirugía de Hombro
 Cirugía de Pie
 Cirugía de Rodilla

Cirugía Genitourinaria

- Cirugía Genitourinaria
 Cirugía Renal
 Cirugía de Próstata
 Vasectomía

Cirugía Gastrointestinal

- Cirugía Gastrointestinal
 Cirugía de Úlcera
 Apendectomía
 Colectomía
 Colectomía
 Cirugía de Hernia
 Hemmoroidectomía



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

HISTORIAL QUIRÚRGICO PASADO CONTINUADO

*Mujer Solamente

- Cirugía Gin
- Histerectomía
- Cirugía Uterina
- Lumpectomía
- Mastectomía
- Reducción de Pecho
- Extirpación de Ovarios
- Ligación de Tubos

Vascular

- Cirugía Carótida
- Cirugía Aneurisma
- Angioplastia/Stent
- Amputación

Otra Cirugía Vascular:

¿DIFICULTAD CON ANESTESIA O CIRUGÍA? NO SÍ (por favor explicar)

HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR

Si usted tiene un historial familiar de cualquiera de los siguientes, por favor indique cual miembro de familia en el espacio proporcionado.

Cáncer:

- Cáncer de Colon: ¿Quién? _____
- Cáncer de Pulmón: ¿Quién? _____
- Cáncer de Ovario: ¿Quién? _____
- Cáncer de Mama: ¿Quién? _____
- Cáncer de Piel: ¿Quién? _____
- Cáncer de Próstata: ¿Quién? _____

Enfermedad Cardíaca:

- Enfermedad Cardíaca: ¿Quién? _____
- Derrame Cerebral: ¿Quién? _____
- CAD: ¿Quién? _____
- Hipertensión: ¿Quién? _____
- Hiperlipidemia: ¿Quién? _____

Diabetes/Renal:

- Diabetes: ¿Quién? _____
- Enfermedad Renal: ¿Quién? _____

Vascular:

- Aneurisma Abdominal: ¿Quién? _____
- Aneurisma Torácico: ¿Quién? _____

Respiratoria:

- Asma: ¿Quién? _____
- Alergias: ¿Quién? _____
- COPD: ¿Quién? _____

Psico/ Social:

- Problemas Psiquiátricos: ¿Quién? _____
- Depresión: ¿Quién? _____
- Abuso de Sustancia: ¿Quién? _____

Otro:

- Osteoporosis: ¿Quién? _____
- Anemia: ¿Quién? _____
- Artritis: ¿Quién? _____
- Enfermedad de Tiroides: ¿Quién? _____
- Problemas de Ojos: ¿Quién? _____

Otro:



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

HISTORIAL SOCIAL

Ocupación:

Estado Civil:

Historia de Fumar:

- Fumador actual diario
- Fumador actual algunos días
- Fumar anterior
- Nunca Fumo

Fecha que dejo de fumar: _____

Paquetes por día: _____

Historia de Tomar:

- Sí No

Frecuencia de alcohol:

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- En ocasiones sociales

Otros comentarios de historial social:



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

SALUD DE PACIENTE LISTA DE VERIFICACIÓN

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Medico Referente: _____ Medico Primario: _____

Por favor indique si usted tiene alguno de los siguientes...

General

- Fiebre
- Escalofrió
- Sudor
- Anorexia
- Fatiga
- Malasia
- Pérdida de Peso

ONG

- Visión Borrosa
- Visión Doble
- Perdida de Visión
- Cataratas
- Zumbido en Oído
- Disminución de Audiencia
- Dolor de Garganta

Cardiovascular

- Incomodidad de Pecho
- Dolor de Pecho
- Palpitaciones
- Latido de Corazón Omitido
- Hinchazón de tobillos o pies
- Sensación de aletear en el pecho

Respiratorio

- Falta de Aliento
- Tos Crónica
- Asma
- Sibilancias

Extremidades

- Edema
- Ulceras Abiertas
- Gangrena
- Descoloración de Piel o Azul

Gastrointestinal

- Indigestión
- Nausea
- Vomito
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor abdominal
- Ulceras
- Sangre en heces

Genitourinario

- Perdida de Vejiga
- Sangre en la Orina
- Ardor al Orinar
- Orina Frecuente

Musculoesketal

- Artritis
- Dolor de Espalda
- Dolor de Coyunturas
- Debilidad de Musculo

Piel

- Rozado de Piel
- Comezón
- Resequedad
- Lesión
- Sospecha de Lesión
- Ulcera

Neurológico

- Pérdida de Memoria
- Ataques
- Vértigo
- Debilidad
- Adormecimiento/ Hormigueo
- Derrame Cerebral

Psicológico

- Depresión
- Ansiedad
- Pérdida de Memoria
- Estrés Anormal
- Molestia Mental

Endocrino

- Intolerancia al Frio
- Intolerancia a Caliente
- Sed Excesiva
- Hambre Excesiva

Hematología/ Linfática

- Bulto/masa en Pecho
- Nudos Linfáticos Agrandados
- Hematomas Inexplicables

Alergias/ Inmunología

- Fiebre de Heno
- Alergias al polvo/ polen
- Infecciones Persistentes

**Enfermedades Infecciosas:

*(POR FAVOR CIRCULE)

¿Ha sido expuesto o recientemente diagnosticado con alguno de estos?

C-diff SÍ NO

(Clostridium Difficile)

Hepatitis SÍ NO

VIH SÍ NO

MRSA SÍ NO

Si usted circulo SÍ para alguno arriba por favor explique:

Firma de Paciente: _____ Fecha: _____



WESTERN VASCULAR I N S T I T U T E

www.westernvascular.com

AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN DE SALUD

Yo autorizo a Western Vascular Institute, PLLC
Teléfono # 480-668-5000 Fax # 480-668-5065

Liberar información de salud/ medica de:

Nombre completo de paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta información puede ser liberada a:

Recibidor: _____ Paciente Relación al paciente: _____ Si Mismo

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Recibidor: _____ Relación al paciente: _____

Yo entiendo que la información que yo estoy de acuerdo en liberar a las personas ante nombradas puede incluir información clínica sensible obtenida durante las fechas listadas abajo. Estos pueden o no incluir tratamiento de substancia u otro abuso, VIH, enfermedades psiquiátricas, enfermedades transmitidas sexualmente, etc., amenos aquí en excepto a:

Esta liberación incluye todos los documentos creados por Western Vascular Institute, PLLC, tal como pero no limitada a:

- Notas de Oficina, Archivos & Progreso
- Reportes de Ultrasonido
- Todos los documentos que Western Vascular Institute, PLLC haya ordenado en su nombre

Cubriendo documentos desde:

- Desde la fecha de creación por Western Vascular Institute, PLLC, sea en el pasado o futuro.

YO ENTIENDO QUE ESTA AUTORIZACIÓN PUEDE SER REVOCADA POR ESCRITO EN CUALQUIER MOMENTO. ESTA AUTORIZACIÓN PERMANECERÁ EN EFECTO A MENOS QUE SEA REVOCADA.

FIRMA (persona autorizando liberación): _____

Fecha de Firma: _____ Relación al Paciente: _____