



¿Cómo supo de nosotros?

- Derivación médica:
Anuncio en una revista:
Amigo/familiar:
Anuncio de radio:
Otros:
Anuncio de periódico:
Programa de noticias de televisión:
Página web:
Facebook:
Anuncio de televisión:

I. INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre: Fecha de nacimiento: Genero:
Idioma: Raza: Etnia:
Domicilio:
Ciudad: Estado Zip: Estado civil:
Teléfono de casa #: SS #:
Empleador: Trabajo #:
Dirección del trabajo: Ciudad: Estado: Zip:
Teléfono móvil #: Buzón de vos: S - N
Mejor contacto: Casa / Trabajo / Celular / Correo electrónico:
Contacto de emergencia: Relación: Teléfono #

\*Al proporcionar un correo electrónico usted acepta recibir actualizaciones, noticias e información general de StrideCare. Respetamos su derecho a la privacidad y no compartiremos su información.

II. INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO:

(Principal) Por favor, rellene si no es autofinanciado
Compañía de seguros: Póliza #: Grupo #: Nombre del avalista: Fecha de nacimiento del asegurado: DNI o SS del asegurado: Empleador (si se trata de una póliza de grupo):
(Secundario) Por favor, rellene si no es autofinanciado
Compañía de seguros: Póliza #: Grupo #: Nombre del avalista: Fecha de nacimiento del asegurado: DNI o SS del asegurado: Empleador (si se trata de una póliza de grupo):

PAGO DE BENEFICIOS

Ordeno el pago a StrideCare de las prestaciones quirúrgicas y/o médicas, si las hubiera, que de otro modo me corresponderían por sus servicios descritos, pero sin exceder los cargos razonables y habituales por dichos servicios.

Firmado (persona asegurada) Fecha

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Por la presente autorizo a StrideCare a divulgar cualquier información adquirida en el curso de mi examen o tratamiento.

Nombre: Relación: Contacto:

Nombre: Relación: Contacto:

Firmado (Paciente) Fecha



## Consentimiento para obtener la historia clínica de medicación del paciente

La historia clínica del paciente es una lista de los medicamentos recetados por los proveedores de nuestra consulta, o por otros proveedores, que le han recetado a usted. Una variedad de fuentes, incluidas las farmacias y las aseguradoras de salud, contribuyen a la recopilación de este historial.

La información recopilada se almacena en el sistema de registro médico electrónico de la consulta y pasa a formar parte de su historial médico personal. El historial de medicación es muy importante para ayudar a los profesionales sanitarios a tratar adecuadamente sus síntomas y/o enfermedad y para evitar interacciones farmacológicas potencialmente peligrosas.

Es muy importante que usted y su proveedor hablen de todos sus medicamentos para asegurarse de que su historial de medicamentos registrado es 100% preciso. Algunas farmacias no facilitan la información sobre el historial de medicamentos, y es posible que su historial de medicamentos no incluya los adquiridos sin utilizar su seguro médico. Además, es posible que no se incluyan los medicamentos de venta libre, los suplementos o los remedios a base de hierbas que los pacientes toman por su cuenta.

Autorizo a mi proveedor de atención médica a obtener mi historial de medicamentos de mi farmacia, mi plan de salud y mis otros proveedores de atención médica.

---

Firma del paciente / padre / tutor

---

Fecha

Al firmar este formulario de consentimiento, usted autoriza a su proveedor de atención médica a recopilar y da permiso a su farmacia y a su aseguradora de salud para divulgar información sobre sus recetas que han sido surtidas en cualquier farmacia o que están cubiertas por cualquier plan de seguro de salud. Esto incluye los medicamentos recetados para tratar el SIDA y el VIH y los medicamentos utilizados para tratar problemas de salud mental como la depresión.



## PROCEDIMIENTOS DE STRIDECARE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS HIPAA

---

### Aviso de prácticas de confidencialidad para la información sanitaria protegida (PHI)

#### STRIDECARE

#### **ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A ELLA. LE ROGAMOS QUE LO LEA DETENIDAMENTE.**

*Fecha efectiva: 23 de septiembre del 2013*

La Práctica de StrideCare es requerido por las leyes federales y estatales aplicables para mantener la privacidad de su información de salud. Información de salud protegida (PHI) es la información que creamos y mantenemos en el curso de la prestación de nuestros servicios a usted. Dicha información puede incluir documentación sobre sus síntomas, resultados de exámenes y pruebas, diagnósticos y protocolos de tratamiento. También puede incluir documentos de facturación de dichos servicios. La ley federal de protección de la intimidad (Health Insurance Portability & Accountability Act de 1996 (HIPAA)), nos permite utilizar y divulgar su PHI, sin su autorización por escrito, con fines de tratamiento, pago y operaciones de asistencia sanitaria.

#### **Ejemplos de utilización de sus datos sanitarios con fines terapéuticos:**

- Nuestra enfermera obtiene información sobre su tratamiento y la registra en su historia clínica.
- En el curso de su tratamiento, el médico determina que necesitará consultar con un especialista. Compartirá la información con el especialista y obtendrá su opinión.
- Podemos ponernos en contacto con usted por teléfono, en su domicilio, si necesitamos hablar con usted sobre una dolencia o para recordarle citas médicas.

#### **Ejemplo del utilización de sus datos sanitarios con fines de pago:**

- Presentamos solicitudes de pago a su compañía de seguros médicos. Responderemos a las solicitudes de información de la compañía de seguros sobre la atención médica que le hemos prestado.

#### **Ejemplo de utilización de sus datos para actividades sanitarias:**

- Podemos utilizar o divulgar su PHI para llevar a cabo determinadas actividades empresariales y operativas, como evaluaciones de calidad, revisiones de empleados o formación de alumnos. Podemos compartir información sobre usted con nuestros Asociados Comerciales, terceros que realizan estas funciones en nuestro nombre, según sea necesario para obtener sus servicios Su información sanitaria también está sujeta a divulgación electrónica para tratamientos, pagos y operaciones de atención sanitaria.



## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

### Sus derechos en materia de información sanitaria

**Los registros sanitarios y de facturación que mantenemos son propiedad física del Consultorio. Sin embargo, la información que contienen le pertenece a usted. Tiene derecho a:**

- Obtener una copia an papel de nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad para la PHI (el "Aviso");
- Recibir Notificación de una violación de su PHI no segura (es decir, PHI que no está codificada electrónicamente);
- Solicitar restricciones sobre determinados usos y divulgaciones de su información médica. No estamos obligados a acceder a la mayoría de las solicitudes, pero cumpliremos cualquier solicitud con la que estamos de acuerdo. No obstante, accederemos a su solicitud de abstenernos de enviar su PHI a su plan de salud para fines de pago o operaciones si en el momento en que se le proporciona un artículo o servicio, usted paga en su totalidad y de su bolsillo y la divulgación no es requerida por la ley;
- Solicitar que se le permita inspeccionar y copiar la información sobre usted que mantenemos en el conjunto de registros designados del Consultorio. Usted puede ejercer este derecho entregando su solicitud, por escrito, a nuestro Consultorio;
- Apelar una denegación de acceso a su PHI, excepto en determinadas circunstancias;
- Solicitar que se modifique su historia clínica para corregir información incompleta o incorrecta, entregando una solicitud por escrito a nuestra Consultorio. Podemos denegar su solicitud si nos pide que: (a) no fue creada por nosotros (a menos que la persona o entidad que creó la información y no está disponible para realizar la modificación), (b) no forma parte de la información médica que conserva el Consultorio, (c) no forma parte de la información que se le permitiría inspeccionar y copiar, o (d) es precisa y completa. Si se deniega su solicitud, se le informará del motivo de la denegación y tendrá la oportunidad de presentar una declaración de desacuerdo que se incluirá en su expediente;
- Solicitar que la comunicación de su información médica se realizará por medios alternativos o en lugares alternativos mediante la entrega de una solicitud por escrito a nuestra práctica; Si participamos en actividades de recaudación de fondos y nos comunicamos con usted para recaudar fondos para nuestra práctica, tendrá derecho a optar por no recibir comunicaciones futuras sobre recaudación de fondos;
- Obtenga una lista de casos en los que hemos compartido su información de salud con terceros, según lo requerido por las normas de la HIPAA;
- Revocar cualquiera de sus autorizaciones previas para utilizar o divulgar la información mediante la entrega de una revocación por escrito a nuestra oficina (excepto en la medida en la acción ya ha sido tomada en base a una autorización previa).

## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

### Derechos y responsabilidad del paciente

#### **El Paciente tiene derecho a:**

- Ser tratado con respeto, consideración y dignidad.
- Recibir información sobre los servicios disponibles en el centro, como las disposiciones para la atención fuera de horario y de emergencia, las tarifas de los servicios y las políticas de pago;
- Esperar el pleno reconocimiento de la individualidad, incluida la privacidad personal en el tratamiento y la atención. Además, todas las divulgaciones y registros se tratarán de forma confidencial y, excepto cuando lo exija la ley, los pacientes tendrán la oportunidad de aprobar o rechazar su divulgación;
- Recibir un tratamiento que apoye y respete su individualidad, elecciones, puntos fuertes y capacidades;
- Recibir una derivación a otra institución sanitaria si el centro no puede prestar servicios sanitarios al paciente;
- Dar su consentimiento para que se tomen fotografías del paciente;
- Presentar una queja si están preocupados por la atención recibida;
- Estar libre de restricción o reclusión, abuso, negligencia, explotación, coerción, manipulación, abuso sexual y agresión sexual;
- Recibir copias de su historial médico cuando lo soliciten; y
- Ser informado de cualquier experimentación humana u otros proyectos de investigación y/o educación que el centro pueda estar llevando a cabo y que puedan afectar a su atención o tratamiento, y puede negarse a participar en dicha experimentación o investigación sin comprometer la atención habitual del paciente.

#### **El Paciente es responsable de:**

- Proporcionar información completa y precisa, en la medida de sus posibilidades, sobre su salud, cualquier medicación, incluidos los productos de venta libre, suplementos dietéticos y cualquier alergia o sensibilidad a medicamentos;
- Ser informado de los procedimientos de reclamación exigidos por la normativa federal, estatal y local;
- Rechazar el tratamiento en la medida permitida por la ley y ser informado de las consecuencias médicas de dicho rechazo. El paciente acepta la responsabilidad de sus actos si rechaza el tratamiento o no sigue las instrucciones del médico o del centro;
- DIRECTIVAS AVANZADAS: Informar a su proveedor sobre cualquier testamento vital, poder notarial médico u otra directiva que pueda afectar a sus cuidados.;
- Si el paciente tiene un DNR (no resucitar) el paciente debe notificar al centro y traer a la cita del paciente;
- Ser informado de la política del centro respecto a las voluntades anticipadas y/o testamentos vitales;
- Informar al centro de cualquier experimentación humana u otros proyectos de investigación y/o educación en los que el paciente pueda estar implicado y que puedan afectar a su atención;
- Proporcionar un adulto responsable que le transporte a casa desde el centro y permanezca con él durante 24 horas, si así lo requiere su proveedor;
- Aceptar la responsabilidad financiera personal de cualquier gasto no cubierto por su seguro.;
- Ser respetuoso con todos los profesionales sanitarios y el personal, así como con los demás pacientes;
- Ser informado de las credenciales de los profesionales de la salud se solicita;
- Ser considerado con los demás pacientes, el personal y para ayudar a controlar el ruido, el tabaco y otras distracciones;

## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

- Estar plenamente informado antes de cualquier traslado a otro centro u organización y asegurarse de que el centro receptor ha aceptado el traslado;
- Pagar al centro las copias de los historiales médicos que el paciente pueda solicitar;
- Someterse a una reevaluación inicial y periódica del dolor; y
- Seguir el plan de tratamiento prescrito por su proveedor.

### Nuestras responsabilidades

#### **El consultorio debe:**

- Mantener la privacidad de su información sanitaria tal como exige la ley;
- Notificarle en caso de violación de su PHI no protegida;
- Proporcionarle un aviso (“Aviso”) que describa nuestros deberes y prácticas de privacidad con respecto a la información que recopilamos y mantenemos sobre usted y acatar los términos del Aviso;
- Notificarle si no podemos satisfacer una restricción o petición solicitada; y,
- Acceder a sus solicitudes razonables en relación con los métodos de comunicación con usted sobre su información médica y cumplir con su solicitud por escrito para abstenernos de divulgar su PHI a su plan de salud si usted paga por un artículo o servicio que le proporcionamos en su totalidad y de su bolsillo en el momento del servicio.

Nos reservamos el derecho de enmendar, cambiar o eliminar disposiciones de nuestras prácticas de privacidad y de promulgar nuevas disposiciones relativas a la PHI que mantenemos sobre usted. Si nuestras prácticas de información cambian, modificaremos nuestro Aviso. Tiene derecho a recibir una copia del Aviso revisado si lo solicita por teléfono o visitando nuestro web o el Consultorio b.

### Otros usos y divulgaciones de su PHI

#### **Comunicación con la familia**

- Según nuestro mejor criterio, podemos revelar a un familiar, otro pariente, amigo personal cercano a cualquier otra persona que usted identifique, información sanitaria relevante para la participación de esa persona en su atención o en el pago de la misma, si usted no se opone o en caso de urgencia. También podemos hacerlo después de su fallecimiento, a menos que nos diga antes de morir que no se desea que nos comuniquemos con determinadas personas.

#### **Notificación**

- A menos que usted se oponga, podemos utilizar o divulgar su PHI para notificar o ayudar a notificar a un miembro de la familia, representante personal u otra persona responsable de su cuidado sobre su ubicación, su estado general o su muerte.

#### **Investigación**

- Podemos revelar información a investigadores si una junta de revisión institucional ha revisado la propuesta de investigación y ha establecido protocolos para garantizar la privacidad de su PHI. También podemos revelar su información si los investigadores sólo necesitan una parte limitada de su información.

#### **Ayuda en caso de catástrofe**

- Podemos utilizar y divulgar su PHI para ayudar en los tareas de socorro en caso de catástrofe.



## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

### **Organizaciones de obtención de órganos**

- De conformidad con la legislación aplicable, podemos divulgar su PHI a organizaciones de obtención de órganos u otras entidades dedicadas a la obtención, almacenamiento o trasplante de órganos con fines de donación/trasplante de tejidos.

### **Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA)**

- Podemos revelar a la FDA su PHI relativa a acontecimientos adversos con respecto a alimentos, suplementos, productos y defectos de productos, o información de vigilancia posterior a la comercialización para permitir la retirada, reparación o rsustitución de productos.

### **Indemnización por accidente laboral**

- Si solicita una indemnización por accidentes de trabajo, podremos divulgar su PHI en la medida an que sea necesario para cumplir las leyes relativas a la indemnización por accidentes de trabajo.

### **Salud pública**

- Podemos revelar su PHI a las autoridades legales o de salud pública encargadas de prevenir o controlar enfermedades, lesiones a discapacidades; para informar sobre reacciones a medicamentos o problemas con productos; para notificar a las personas sobre retiradas del mercado; o para notificar a una persona que pueda haber estado expuesta a una enfermedad o que esté en riesgo de contraer o propagar una enfermedad o afección.

### **Como exige la Ley**

- Podemos divulgar su PHI según lo exija la ley, o a las autoridades públicas competentes según lo permita la ley para denunciar abusos onegligencias.

### **Empresarios**

- Podemos revelar información sanitaria sobre usted a su empresa si le prestamos servicios sanitarios a petición de su empresa, y los servicios sanitarios se prestan para realizar una evaluación relacionada con la vigilancia médica del lugar de trabajo o para evaluar si padece una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. En tales circunstancias, le notificaremos por escrito la divulgación de información a su empleador. Cualquier otra divulgación de la información a su empresa sólo se realizará si usted firma una autorización específica para la divulgación de información a su empresa.

### **Cumplimiento de la ley**

- Podemos revelar su PHI a las fuerzas de seguridad (a) en respuesta a una orden judicial, citación judicial, orden de detención o proceso judicial similar; (b) para identificar o localizar a un sospechoso, fugitivo, testigo material o persona desaparecida; (c) si usted es víctima de un delito y no podemos obtener su acuerdo; (d) sobre la conducta criminal en nuestras instalaciones, y (e) en otras circunstancias de emergencia limitadas en las que necesitamos informar de un delito.

### **Supervisión Sanitaria**

- La legislación federal nos permite divulgar su PHI a los organismos de supervisión sanitaria pertinentes o para actividades de supervisión sanitaria, como auditores estatales y federales.

### **Procedimientos judiciales/administrativos**

- Podemos divulgar su PHI en el curso de cualquier procedimiento judicial o administrativo según lo permitido o requerido por la ley, con su autorización, o según lo dirigido por una orden judicial apropiada.



## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

### **Para funciones gubernamentales especializadas o amenaza grave**

- Podemos divulgar su PHI para funciones gubernamentales especializadas según lo autorice la ley, como al personal de las Fuerzas Armadas, con fines de seguridad nacional, al personal de programas de asistencia pública o para evitar una amenaza grave para a la salud o la seguridad. Podemos divulgar su PHI de acuerdo con la ley aplicable para prevenir o disminuir una amenaza grave e inminente para la salud o la seguridad de una persona o del público.

### **Instituciones penitenciarias**

- Si usted es un recluso de una institución penitenciaria, podemos revelar a la institución o a sus agentes la PHI necesaria para su salud y la salud y seguridad de otras personas.

### **Médicos forenses y directores de funerarias**

- Podemos revelar información sanitaria a un médico forense. Esto puede ser necesario, por ejemplo, para identificar a una persona fallecida o determinar la causa de la muerte. También podemos revelar información sanitaria sobre nuestros pacientes a directores de funerarias para que puedan desempeñar sus funciones.

### **Página web:**

- Puede acceder a una copia electrónica de este Aviso en nuestro sitio web.

Otros usos y divulgaciones de su PHI no descritos en este Aviso sólo harán con su autorización, a menos que la ley permita o exija lo contrario. La mayoría de los usos y divulgaciones de notas de psicoterapia, usos y divulgaciones de su PHI con fines de marketing y divulgaciones de su PHI que constituyan una venta de PHI requerirán su autorización. Usted puede revocar cualquier autorización en cualquier momento presentando una solicitud de revocación por escrito al Consultorio (según lo dispuesto anteriormente en esta Aviso bajo el título "Sus derechos sobre la información médica").

### **Para solicitar información, ejercer un derecho del paciente, o presentar una queja**

Si tiene alguna pregunta, desea información adicional, desea ejercer un derecho del paciente anteriormente o creer que se han violado sus derechos de privacidad (o los de otra persona), puede ponerse en contacto con el responsable de privacidad del consultorio en el teléfono (866) 552-4866, o por escrito en la siguiente dirección:

**Compliance Department  
StrideCare  
12221 Merit Drive, Suite 620  
Dallas, TX 75251**

Tenga en cuenta que todas las reclamaciones deben presentarse por escrito al responsable de protección de datos en la dirección arriba indicada. También puede presentar una queja ante la Secretaría de Salud y Servicios Humanos (HHS), Oficina de Derechos Civiles (OCR). Su queja debe presentarse por escrito, en papel o electrónicamente, por correo, fax o correo electrónico. La dirección de la oficina regional de Colorado es Office for Civil Rights, US Department of Health and Human Services, 999 18th Street, Suite 417, Denver, CO 80202; o llame al (800) 368-1019. Encontrará más información sobre los pasos para presentar una denuncia en: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints).

- No podemos exigirle, y no lo haremos, que renuncie a su derecho a presentar una reclamación ante el Secretario del HHS, como condición para recibir tratamiento en el consultorio.
- No podemos tomar ni tomaremos represalias contra usted por presentar una queja ante la Secretaria del HHS.



## HIPAA POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

---

### ACUSE DE RECIBO DEL AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que se me ha proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de la Práctica.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente (o de su representante\*)

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

#### Sólo para uso práctico

Hemos intentado obtener un acuse de recibo por escrito de nuestro Aviso de prácticas de privacidad, pero no ha sido porque:

- El Individuo se negó a firmar
- Las barreras de comunicación impidieron obtener el acuse de recibo
- Una situación de emergencia nos impidió obtener el acuse de recibo
- Otros (especifique):

---

\*Si firma el representante del paciente, debe incluirse documentación legal que designe la autoridad para firmar o recibir información. Este formulario debe conservarse durante 6 años.

## Política Financiera y Discurso

---

Los pacientes son responsables por el pago de todos los servicios ofrecidos por centro StrideCare y sus filiales.

La política financiera y discurso es para ayudarnos a proporcionar los servicios de salud más eficientes y razonables. Por lo tanto, es necesario que tengamos una política financiera y discurso afirmando nuestros requerimientos de pago por servicios prestados a los pacientes.

### Política de cuenta propia

- Todos los servicios prestados se cobran al paciente. Una vez que el paciente elige pagar por cuenta propia, el paciente es responsable de todos los cargos, independientemente de la cobertura del seguro.
- StrideCare mantiene un programa de tarifas de pago por cuenta propia para los pacientes que no tienen cobertura de seguro u optan por no usar sus beneficios.
- Los arreglos de pago se ofrecen a pedido del paciente sólo después de que el paciente haya agotado la financiación suplementaria a través de una solución financiera de terceros. (por ejemplo, Care Credit or Prosper Healthcare Lending) y cumple con los siguientes criterios:
  - El pago inicial es igual al 75% de los cargos estimados
  - Los arreglos de pago no pueden extenderse más de 3 meses.

### Política de seguro

- Si usted es un paciente del seguro, nuestra política es presentar la solicitud del seguro como una cortesía hacia usted, si tenemos información precisa y completa sobre el seguro.
- Si se proporciona un servicio que no está cubierto por su compañía de seguros. Usted será la parte responsable en el momento del servicio.
- El deducible, los copagos y el coseguro se cobrarán cuando se presten los servicios.
- En casos especiales, es posible que necesitemos su ayuda para comunicarnos con su compañía de seguros para el pago de sus servicios.

### Política de ultrasonido

- Si requiere un ultrasonido para el diagnóstico, nos comunicaremos con su compañía de seguros y verificaremos sus beneficios.
- Nos comunicaremos con usted si su seguro requiere un copago o se aplica a su deducible para el pago cuando se prestan los servicios.

### Para ayudar en esta política, le pedimos que nos ayude:

1. Proporcionarnos información actual y actualizada sobre usted y su compañía de seguros.
2. Presentar prueba de identidad con foto y tarjeta de seguro cuando se realicen cargos.
3. Efectuar el pago correspondiente al momento del servicio, ya sea a deducible, copago, coseguro o por el monto total si es un paciente que paga por cuenta propia.

Con el fin de brindar la mejor atención médica, le pedimos que no discuta el saldo de su cuenta o los aspectos financieros con los médicos o el personal médico. Discuta cualquier información con el asociado de salida o con la recepción.

---

Fecha del responsable

---

Fecha de firma



**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA/FINANCIERA**

Los directrices federales de privacidad, HIPAA, impiden que esta oficina revele información de salud protegida (PHI) a cualquier persona que no sea el paciente. Al firmar este formulario, usted nos permite comunicamos con las personas designadas en relación con su historial médico y financiero en esta centro.

Yo, el abajo firmante, autorizo a StrideCare a divulgar la PHI de mi expediente médico o financiero a la(s) siguiente(s) persona(s):

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Tipo de información (marque uno) Médica - Financiera - Ambas

Nombre: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_ Tipo de información (marque uno) Médica - Financiera - Ambas

**\*\*\*SI ES NECESARIO, SE PUEDEN INCLUIR OTRAS PERSONAS EN LA LISTA.\*\*\***

Esta autorización se da libremente con el entendimiento de que puedo revocar esta autorización por escrito en cualquier momento, pero no retroactivamente. El centro, sus empleados, funcionarios y médicos quedan exentos de cualquier responsabilidad legal por la divulgación de la información que he autorizado.

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

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

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de molde o a máquina)

\_\_\_\_\_  
Relación del representante con el paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Contacto de emergencia** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Por favor indique a continuación todos los medicamentos que está tomando actualmente**

Medicación:	Dosis:	Frecuencia:	¿Por qué está tomando ese medicamento?:

**Por favor, indique todas las alergias a medicamentos**

Medicación:	Reacción:



Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Médico remitente \_\_\_\_\_

Nombre de la clínica de atención primaria: \_\_\_\_\_

Farmacia: \_\_\_\_\_ Teléfono de Farmacia: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Historia vascular**

**Marque con una “x” si tiene alguna a de las siguientes características:**

- Arañas vasculares rojas/moradas     Decoloración de la piel debajo de la rodilla     Manchas moradas en los pies  
 Venas abdominales     Venas abultadas     Diagnosticado con enfermedad arterial  
 Úlceras en las piernas/heridas abiertas     Diagnosticó de una enfermedad venosa

**Años con venas varicosas/venas de araña** \_\_\_\_\_

**Años con úlceras venosas/heridas abiertas** \_\_\_\_\_

**Marque con una “x” si tiene alguna de las siguientes características:**

- Dolor o herida     Calambres     Dolor que le despierta  
 Intranquilidad     Ardiendo     Debe elevar la pierna para aliviar el dolor  
 Cambios en la piel del tobillo     Picazón     Cansancio/fatiga en la pierna  
 Sangrado de las venas     Dolor pélvico     Otros \_\_\_\_\_  
 Hinchazón     Pies fríos    \_\_\_\_\_  
 Pesadez     Pérdida de uñas  
 \_\_\_\_\_  Pérdida de cabello

Por favor, compruebe los factores que **agravan** sus molestias en las piernas:

- Estar de pie durante mucho tiempo     Ejercicio     Relaciones sexuales  
 Estar sentado durante mucho tiempo     Tacto suave     Otros: \_\_\_\_\_  
 Alrededor/durante el ciclo menstrual     Embarazo    \_\_\_\_\_

Por favor, marque los métodos que utilizado para **aliviar** sus molestias en las piernas:

- Sin molestias     Compresas frías  
 Manguera de compresión/  
vendas para las piernas     Masaje  
 Ejercicio     Medicamentos contra el dolor  
 Elevación de las piernas     Ibuprofen     Tylenol     Aspirina  
 Empapes calientes/almohadilla térmica     Otros: \_\_\_\_\_

¿Ha usado alguna vez medias de compresión? Si  No

Si es así, las medias prescritas por: \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido tratamiento para las venas de las piernas anteriormente? Sí  No

¿Por quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

- En caso afirmativo, mediante cuál de los siguientes métodos:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Inyecciones cosméticas<br><input type="checkbox"/> Cierre por radiofrecuencia<br><input type="checkbox"/> Láser para arañas vasculares<br><input type="checkbox"/> Decapado<br><input type="checkbox"/> Flebectomía ambulatoria | <input type="checkbox"/> Inyecciones guiadas por ultrasonido<br><input type="checkbox"/> Ablación con catéter láser<br><input type="checkbox"/> Ligadura:<br><input type="checkbox"/> Otros: _____<br><input type="checkbox"/> Desconocido |
|--|--|

¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

¿Qué es lo que más le gustaría corregir de sus piernas? \_\_\_\_\_

¿Está tomando o le han recetado anticoagulantes? Sí  No

- En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Medicación(es) actual(es) (no es necesario registrar la dosis)**

<b>Alergias a medicamentos: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (en caso afirmativo, cite a continuación) Reacción</b>			

**Historial médico anterior**

**Marque con una “x” si tiene alguna de las siguientes enfermedades médicas:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> EPOC  | <input type="checkbox"/> Cáncer                        | <input type="checkbox"/> Depresión              |
| <input type="checkbox"/> VIH o SIDA  | <input type="checkbox"/> Marcapasos                    | <input type="checkbox"/> Diabetes               |
| <input type="checkbox"/> Artritis  | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular         | <input type="checkbox"/> Diálisis               |
| <input type="checkbox"/> Asma  | <input type="checkbox"/> Transfusiones de sangre       | <input type="checkbox"/> Ataque al corazón (IM) |
| <input type="checkbox"/> Foramen ovalado persistente (agujero en el corazón) | <input type="checkbox"/> Coágulos en los pulmones (PE) | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta  |
| <input type="checkbox"/> Trastorno hemorrágico                               | <input type="checkbox"/> Coágulos en las piernas (TVP) | <input type="checkbox"/> Colesterol alto        |
| <input type="checkbox"/> Lupus   | <input type="checkbox"/> Hepatitis C                   | <input type="checkbox"/> ACV                    |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B   | <input type="checkbox"/> Enfermedad tiroidea           | <input type="checkbox"/> Problemas renales      |
|  |  | <input type="checkbox"/> Migrañas               |
|  |  | <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil     |

Por favor, indique las cirugías a las que se ha sometido:


Indique si tiene antecedentes familiares de varices, arañas vasculares o enfermedad arterial periférica.

- Madre       Padre       Abuela materna       Abuelo materno  
 Hermano       Hermana       Niños       Abuela paterna       Abuelo paterno

**¿Antecedentes familiares de coágulos sanguíneos?**   Sí    No

**Sólo para mujeres**

¿Está usted embarazada o piensa quedarse embarazada pronto?   Sí    No

¿Actualmente está amamantando?   Sí    No

¿Tiene más molestias en las piernas durante o alrededor de su ciclo menstrual?   Sí    No

Número de niños \_\_\_\_\_      Número de abortos \_\_\_\_\_

**Historial social**

Ocupación: \_\_\_\_\_

¿Sus actividades diarias requieren periodos prolongados de estar de pie/sentado?   Sí    No

- En caso afirmativo, ¿qué actividad requiere periodos prolongados de pie/sentado?  
\_\_\_\_\_
- ¿Consume o ha consumido alguna vez tabaco?   Sí    No    Paquetes por semana \_\_\_\_\_
- Fecha de renuncia, si procede \_\_\_\_\_

Número medio de bebidas alcohólicas por semana:

- Ninguna       1-5       6-10       10+

Por favor, marque todo lo que corresponda:

<p><b>CONSTITUCIONAL</b></p> <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Escalofríos <input type="checkbox"/> Sudores nocturnos <input type="checkbox"/> Aumento de peso - Pérdida de peso	<p><b>MUSCULOESQUELÉTICO</b></p> <input type="checkbox"/> Debilidad muscular <input type="checkbox"/> Artralgias / Dolores articulares <input type="checkbox"/> Dolor de espalda	<p><b>ENDOCRINO</b></p> <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Intolerancia al frío <input type="checkbox"/> Intolerancia al calor <input type="checkbox"/> Disfunción eréctil <input type="checkbox"/> Cambios en el ciclo menstrual
<p><b>CARDIOVASCULAR</b></p> <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Falta de aliento al caminar <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar - Acostado <input type="checkbox"/> Palpitaciones	<p><b>TEGUMENTARIO</b></p> <input type="checkbox"/> Piel seca <input type="checkbox"/> Erupciones <input type="checkbox"/> Decoloración <input type="checkbox"/> Crecimientos/Lesiones	<p><b>HEMATOLOGÍA</b></p> <input type="checkbox"/> Sangrado excesivo <input type="checkbox"/> Moretones <input type="checkbox"/> Glándulas inflamadas
<p><b>RESPIRATORIO</b></p> <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Sibilancias <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar <input type="checkbox"/> Tos con sangre	<p><b>NEUROLÓGICO</b></p> <input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Temblores <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza	
<p><b>GASTROINTESTINAL</b></p> <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Dolor abdominal <input type="checkbox"/> Cambios de apetito <input type="checkbox"/> Diarrea <input type="checkbox"/> Estreñimiento <input type="checkbox"/> Acidez de estómago	<p><b>PSIQUIÁTRICO</b></p> <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Trastornos del sueño <input type="checkbox"/> Sensación de inseguridad en la relación <input type="checkbox"/> Pensamientos de suicidio	



**Divulgación de información**

Por la presente autorizo a StrideCare a divulgar cualquier información adquiera en el curso de mi examen o tratamiento.

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Contacto: \_\_\_\_\_

Firma (Paciente): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta (Paciente): \_\_\_\_\_