

MIAMI VASCULAR SPECIALISTS

PATIENT HISTORY

Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Wt. \_\_\_\_\_ Ht. \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Birthdate \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ Estatura \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nacimiento \_\_\_\_\_

Present complaint or illness: \_\_\_\_\_  
De que se queja: \_\_\_\_\_

Have you ever had surgery? Y/N List: 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
Ha Tenido cirugía previa? Si/No 1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_  
3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_

Cancer: Y/N \_\_\_\_\_ Diabetes: Y/N \_\_\_\_\_ Stroke: Y/N \_\_\_\_\_  
Cancer: Si/No \_\_\_\_\_ Diabetis: Si/No \_\_\_\_\_ Embolia Cerebral: Si/No \_\_\_\_\_

Heart Problems: Y/N: \_\_\_\_\_  
Problema del Corazon: Si/No: \_\_\_\_\_

High Blood Pressure: Y/N \_\_\_\_\_ Other Serious Disease: Y/N \_\_\_\_\_  
Presion Alta: Si/No: \_\_\_\_\_ Otras Complicaciones de Salud: Si/No \_\_\_\_\_

If yes, What? \_\_\_\_\_  
Cuales son? \_\_\_\_\_

Have you ever been hospitalized? Y/N \_\_\_\_\_ If yes, Why? \_\_\_\_\_  
Ha estado internado: Si/No: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Any allergies? Y/N \_\_\_\_\_ If yes, to what? \_\_\_\_\_  
Alergias? Si/No \_\_\_\_\_ A que? \_\_\_\_\_

Names and dose of known medications: Nombres y dosis de las medicinas que toma:  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_  
4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_

**How do your veins bother you?**

Sharp Pain:  Yes  No  
 Congestion/Pressure: Y/N  Yes  No  
 Swelling: Y/N  Yes  No  
 Itching: Y/N  Yes  No  
 Appearance: Y/N  Yes  No  
 Bleeding: Y/N  Yes  No

**Le molestan sus venas?**

Dolor Fuerte:  Si  No  
 Presion:  Si  No  
 Inflamacion:  Si  No  
 Picazon:  Si  No  
 Apariencia:  Si  No  
 Sangramiento:  Si  No

**Do you have any of these problems?**

**CARDIOVASCULAR: (check yes or no)**

Chest pain/Angina in past 6 mo.  Yes  No  
 Shortness of Breath w/ walking:  Yes  No  
 Shortness of Breath Lying down:  Yes  No  
 Heart Failure:  Yes  No  
 Heart Murmur:  Yes  No  
 Palpitations or Irregular Heartbeat  Yes  No  
 Swelling of Feet or Legs:  Yes  No  
 Leg Pain with Walking:  Yes  No

**Tiene algun de estos problemas?**

Dolor de Pecho:  Si  No  
 Falta de Aire al caminar:  Si  No  
 Falta de Aire al acostar:  Si  No  
 Insuficiencia cardiaco:  Si  No  
 Soplo cardiaco:  Si  No  
 Palpitaciones:  Si  No  
 Edema de las piernas:  Si  No  
 Dolor al caminar:  Si  No

**NEUROLOGIC:**

Stroke:  Yes  No  
 Mini-stroke or TIA  Yes  No  
 Sciatica:  Yes  No  
 Fainting Spells:  Yes  No  
 Convulsions or Seizures  Yes  No

Embolia cerebral:  Si  No  
 Ataque de isquemia transitoria  Si  No  
 Siatica:  Si  No  
 Desmayo  Si  No  
 Convulsiones  Si  No

**NEUROPATHY:**

Numbness in legs:  Yes  No  
 Pins and Needles in Hands  Yes  No  
 Pins and Needles in Feet:  Yes  No

Piernas dormidas  Si  No  
 Alfileres en las manos  Si  No  
 Alfileres en los pies  Si  No

**GENITOURINARY:**

Pain on urination:  Yes  No  
 Burning on Urination  Yes  No  
 Impotence  Yes  No  
 Frequent Urinating  Yes  No  
 Do you have blood in urine now?  Yes  No

Dolor al Orinar  Si  No  
 Ardentia Al orinar  Si  No  
 Impotencia  Si  No  
 Orinar frecuentemente  Si  No  
 Tiene sangre en el orine  Si  No

**ENDOCRINE:**

Gout:  Yes  No  
 Overactive Thyroid:  Yes  No  
 Underactive Thyroid:  Yes  No  
 Diabetes:  Yes  No

Gota  Si  No  
 Tiroide alterado  Si  No  
 Tiroide lento  Si  No  
 Diabetis  Si  No

**GYNECOLOGICAL:**

Are you Pregnant?  Yes  No  
 Are you taking Birth Control Pills?  Yes  No  
 Are you taking hormones:  Yes  No

Esta embarazada  Si  No  
 Toma pastillas anticonceptivas  Si  No  
 Toma hormones femeninas  Si  No

**GASTROINTESTINAL:**

Stomach Ulcer:  Yes  No  
 Vomiting Blood  Yes  No  
 Hiatus Hernia  Yes  No  
 Heartburn or Indigestion  Yes  No  
 Gallbladder Disease  Yes  No  
 Liver Trouble  Yes  No  
 Black Stools  Yes  No  
 Recent Change in Bowel Habits  Yes  No  
 Bleeding with Bowel Movements  Yes  No

Ulcera del estomago  Si  No  
 Vomita Sangre  Si  No  
 Hernia hiatal  Si  No  
 Indigestion  Si  No  
 Piedras en la vesicula  Si  No  
 Problemas de higado  Si  No  
 Heces Fecales oscuro  Si  No  
 Cambio reciente en evacuacion  Si  No  
 Sangramiento en heces fecales  Si  No

Hemorrhoids  Yes  No  
 Frequent Diarrhea  Yes  No  
 Abdominal Pain  Yes  No  
 Weight Gain  Yes  No  
 Weight Loss  Yes  No

Hemorroides  Si  No  
 Diarrhea  Si  No  
 Dolor abdominal  Si  No  
 Aumento de peso  Si  No  
 Perdida de peso  Si  No

**HEAD - EARS - EYES - NOSE - THROAT:**

Chronic Sinus Trouble  Yes  No  
 Impaired Hearing  Yes  No  
 Dizziness  Yes  No  
 Temporary Spells of Blindness  Yes  No  
 Double Vision  Yes  No  
 Glaucoma  Yes  No  
 Cataracts  Yes  No

Problema de sinusitis  Si  No  
 Sordera  Si  No  
 Mareo  Si  No  
 Cequera Pasajera  Si  No  
 Vision Doble  Si  No  
 Glaucoma  Si  No  
 Cataratas  Si  No

**RESPIRATORY:**

Spitting Up Blood  Yes  No  
 Chronic or Frequent Cough  Yes  No  
 Asthma  Yes  No  
 Pneumonia  Yes  No

Espectora Sangre  Si  No  
 Tos Frecuente  Si  No  
 Asma  Si  No  
 Pulmonia  Si  No

**BLOOD PROBLEMS AND BLEEDING:**

Do You Heal Cuts Slowly?  Yes  No  
 Anemia/Blood Diseases  Yes  No  
 Excessive Bleeding with Surgery  Yes  No  
 Abnormal Bruising or Bleeding  Yes  No  
 Phlebitis or Blood Clots in Veins  Yes  No

Sana lentamente sus herodasas  Si  No  
 Anemia  Si  No  
 Sangramiento Excesivo durante  
 cirugia  Si  No  
 Amaratamiento de la piel  Si  No  
 Flebitis on las venas  Si  No

---

Patient Signature/Firma del Paciente

# Miami Vascular Specialists

## PATIENT INFORMATION

EMPLOYER: \_\_\_\_\_

Lugar de Empleo: \_\_\_\_\_

OCCUPATION: \_\_\_\_\_

Ocupacion: \_\_\_\_\_

NEAREST RELATIVE: \_\_\_\_\_

Pariente mas cercano: \_\_\_\_\_

HOME PHONE: \_\_\_\_\_ WORK PHONE: \_\_\_\_\_

Telefono de la Casa: \_\_\_\_\_ Telefono del Trabajo: \_\_\_\_\_

WHO REFERRED YOU TO OUR OFFICE: \_\_\_\_\_

Quien le refiro a nuestra oficina: \_\_\_\_\_

LIST ANY ALLERGIES OR CONDITIONS: \_\_\_\_\_

Alergias o condiciones

\_\_\_\_\_

DO YOU SMOKE? \_\_\_\_\_ PRIMARY LANGUAGE: \_\_\_\_\_

Usted fuma? \_\_\_\_\_ Idioma Principal \_\_\_\_\_

HISTORY OF ALCOHOL OR SUBSTANCE ABUSE? \_\_\_\_\_

Historia de alcohol o sustancia daninas?

\_\_\_\_\_



**THE SURGICAL GROUP OF MIAMI**

VASCULAR AND GENERAL SURGERY

HOWARD E. KATZMAN, M.D., F.A.C.S.  
ABILIO A. COELLO, M.D., F.A.C.S.  
IGNACIO RUA, M.D., F.A.C.S.  
ATHANASSIOS I. TSOUKAS, M.D., F.A.C.S.

DIPLOMATES OF THE AMERICAN BOARD OF SURGERY

\* BOARD CERTIFIED IN VASCULAR SURGERY

CIVIC CENTER: (305) 324-4840  
FAX: (305) 545-9562  
KENDALL: (305) 274-2030  
FAX: (305) 279-0878

**FINANCIAL AGREEMENT**

THE UNDERSIGNED agrees, whether he/she signs as guardian, agent or as patient, that in consideration of the services to be rendered to the patient, he/she hereby individually obligates himself/herself to pay the account of the physician(s).

Should the account be referred to an attorney for collection, the undersigned shall pay responsible attorney's fees and collection expenses.

\_\_\_\_\_  
Print Patient's Name

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient Signature

Date: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Patient's agent or guardian

**CONVENIO FINANCIAL**

EL SUSCRITO conviene, tanto el como ella, quienes firmaran como guarandiantes del paciente de hacerse o ella individualmente o el paciente estan obligados a pagar la cuenta del medicaio, de acuerdo con los honoranos regulares y los terminos acordados con el medical.

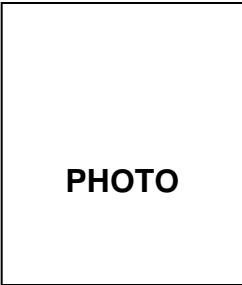
\_\_\_\_\_  
Nombre Del Paciente

Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma Del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Guardian o Agente Del Paciente



# Patient/Physician Information Sheet New Patient- Consult Only

Consulting M.D.: \_\_\_\_\_

Patient	
Name: _____	Date of Visit: _____
MR#: _____	Last 4 Digits of SSN#: _____
Address: _____	
Phone: _____	Cell: _____
E-Mail: _____	
Relative: _____	Phone: _____
Insurance: _____	
I.D.#: _____	Group: _____
Phone: _____	

Primary Physician
M.D.: _____
Address: _____
_____
Tel #: _____
Fax: _____
E-mail: _____

Other Physician
M.D.: _____
Address: _____
_____
Tel #: _____
Fax: _____
E-mail: _____

Referring Physician
M.D.: _____
Address: _____
_____
Tel #: _____
Fax: _____
E-mail: _____

Other Physician
M.D.: _____
Address: _____
_____
Tel #: _____
Fax: _____
E-mail: _____

**Alert:**     Aspirin     Plavix     Diabetic     Other: \_\_\_\_\_

M.D.     Self     Friend     Patient     Advertising     Research     International     Internet

# MIAMI VASCULAR INTERVENTIONALISTS PATIENT INFORMATION FORM

(Please Print)

Date of Intake: \_\_\_\_\_

Date(s) Patient Available: \_\_\_\_\_

## PATIENT INFORMATION

Patient's last name:		First:	Middle initial:	<input type="checkbox"/> Mr. <input type="checkbox"/> Miss <input type="checkbox"/> Mrs. <input type="checkbox"/> Ms.	Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Widow	
Birth date: / /	Age:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Last 4 Digits of SSN #.:	Resident of U.S.? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you live outside the US for more than 6 months: <input type="checkbox"/> Yes- Call International <input type="checkbox"/> No	
Street address:			City:	State:	ZIP code	
Home phone no.: (   )		Work phone no.: (   )		Cell or alternate phone no.: (   )	E-mail address:	

## MEDICAL INFORMATION

Referring physician's name:		Office phone no.: (   )	Office fax no.: (   )
Reason for referral:		Referral initiated by: <input type="checkbox"/> Physician <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Family member <input type="checkbox"/> Other	Previous patient at Baptist Health? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Primary Care MD:		Office Phone no.: (   )	Office fax no.: (   )

## CLINICAL HISTORY

Allergic to iodine? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Diabetic? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Glucophage <input type="checkbox"/> Insulin Do you take Coumadin? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Latex allergy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No History of bypass surgery? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   Type: _____ Organ transplant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   Type: _____ Implantable device? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No   Type: _____	<b>Varicose Vein Patients</b>
	Do you have leg swelling? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Can you feel them on the surface (protruding)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Are they painful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Do they feel heavy at the end of the day? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

## INSURANCE INFORMATION

Primary insurance name:	Secondary insurance name:
Subscriber's name:	Subscriber's name:
Social Security no.:	Social Security no.:
Patient's relationship to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other	Patient's relationship to subscriber: <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other
Policy no.:	Policy no.:
Group no.:	Group no.:
Claims/eligibility phone no.: (   )	Claims/eligibility phone no.: (   )

## FOR OFFICE USE ONLY

IVR physician's name:	Patient consultant's name:	Consult date: / /	Consult time:	Pre-visit info mailed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Previous studies:		Type of exams needed:		Labs needed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		Patient asked to bring films? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Patient asked to bring list of meds/names of doctors? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

# About Your Consultation

Welcome to Miami Vascular Specialists at Miami Cardiac & Vascular Institute (MCVI). Your doctor has requested that you visit our office for a consultation with one of our physicians to evaluate your condition. The following is a list of answers to questions that you may have concerning your visit.

## ■ Where is your office located?

Miami Vascular Specialists is located on the second floor of Miami Cardiac & Vascular Institute in the Physicians' Offices.

## ■ Where should I park?

Miami Cardiac & Vascular Institute is located at the back (south side) of the hospital behind the Emergency Center. To reach the Institute, use the Emergency entrance located on North Kendall Drive and follow the road to the back of the hospital campus. Complimentary valet parking is available at the main entrance of the MCVI building.

## ■ Where should I go when I arrive?

Check in at the Outpatient Registration desk on the second floor. Plan to arrive at least 30 minutes before your appointment. **Bring with you a photo ID, your health insurance card, a list of medications you are taking, and the names and contact information of the doctors you see on a regular basis.** After you have been registered for your consultation, you will be asked to proceed to the third floor; there you will have a seat in the waiting room until a patient consultant escorts you to the Physicians' Offices. You may experience a delay due to an emergency or an appointment that is still in progress. However, please be assured that the doctor will see you as soon as possible and will spend as much time with you and your family as necessary.

## ■ What is involved in a consultation?

A consultation is a formal evaluation of your condition with one of our specialists. The doctor may request that you have one or more diagnostic tests prior to seeing you in consultation. After your testing is complete, please let the receptionist know that you are ready to be escorted back to the Physicians' Offices. Bring any records or images from other doctors or facilities with you and give them to the patient consultant. The consultant will ask you for the names and contact information of the doctors you see on a regular basis. A Physician Assistant or Registered Nurse will meet with you prior to seeing the doctor to go over demographics, your medical history and any medications you are taking. Once this information has been gathered, it will be given to the doctor who will then meet with you to discuss a plan of care.

## ■ Is there anything I need to do to prepare for my visit?

There is nothing you need to do to prepare for your consultation. However, the doctor may request that you have one or more diagnostic tests prior to your consultation. If testing is required, you may need to follow certain instructions, which we will provide you.

## ■ How long will it take for my referring doctor to receive the results of my test?

After the test is reviewed by our doctor and the report is transcribed, the result will be faxed to your referring doctor's office usually within two (2) business days. Many diagnostic tests performed at Miami Cardiac & Vascular Institute are available for immediate review by our physicians during your consultation.

Miami Vascular Specialists at Miami Cardiac & Vascular Institute is committed to providing you with the best possible care. If you have any questions or concerns about your visit, please call us at 786-596-7050.





# Acerca de su consulta

Bienvenido a Miami Vascular Specialists en Miami Cardiac & Vascular Institute (MCVI). Su médico le ha solicitado que nos visite para consultar a uno de nuestros médicos, con vistas a evaluar su problema de salud. A continuación, le ofrecemos una lista de respuestas a preguntas que usted pudiera tener con respecto a su visita.

## ■ ¿Dónde está el consultorio?

Miami Vascular Specialists está en el tercer piso del Miami Cardiac & Vascular Institute, en el área de los consultorios médicos.

## ■ ¿Dónde debo estacionar?

Miami Cardiac & Vascular Institute se encuentra en la parte trasera (lado sur) del hospital, detrás del Centro de Emergencias. Para llegar al Instituto, utilice la entrada de Emergencias que se encuentra en North Kendall Drive, y siga por la calle hasta la parte trasera de los terrenos del hospital. En la entrada principal del edificio del MCVI, se ofrece servicio gratuito de estacionamiento.

## ■ ¿Adónde debo ir cuando llegue?

Diríjase al primer piso del MCVI, de Registro de Pacientes Ambulatorios. Organícese para llegar, por lo menos, 30 minutos antes de la cita. **Lleve una identificación con fotografía, su tarjeta de seguro médico, una lista con los medicamentos que toma y los nombres e información de contacto de los médicos que lo ven habitualmente.** Después de registrarse para su consulta, tome el ascensor hasta el segundo piso, se le pedirá que se siente en la sala de espera hasta que un consultor de pacientes le acompañe hasta los consultorios médicos. Pudiera haber alguna demora debido a una emergencia o una consulta que aún no haya concluido. Sin embargo, tenga la seguridad de que el médico lo verá lo antes posible, y que pasará todo el tiempo que sea necesario con usted y sus familiares.

## ■ ¿En qué consiste una consulta?

Una consulta es una evaluación formal de su problema de salud por parte de uno de nuestros especialistas. El médico pudiera solicitar que se le realicen a usted una o más pruebas de diagnóstico antes de verlo en consulta. Una vez realizadas las pruebas, hágale saber a la recepcionista que está listo para ser acompañado de vuelta a los consultorios médicos. Traiga consigo los expedientes o imágenes de otros médicos o centros, y entréguelos al consultor de pacientes. El consultor le pedirá los nombres e información de contacto de los médicos que usted ve habitualmente. Un asistente médico o enfermero(a) registrado(a) hablará con usted antes de que vea al médico, para revisar sus datos demográficos, su historia clínica y los medicamentos que esté tomando. Una vez reunida esta información, se le entregará al médico, quien lo verá a usted para analizar un plan de tratamiento.

## ■ ¿Tengo que prepararme de alguna forma para mi visita?

**No tiene que hacer nada para prepararse para su consulta. Sin embargo, el médico puede solicitarle que se haga una o más pruebas de diagnóstico antes de la consulta. Si fuera necesaria una prueba, es posible que deba seguir ciertas instrucciones, que nosotros le proporcionaremos.**

## ■ ¿Cuándo recibirá el médico remitente los resultados de mi prueba?

Una vez que el médico revise la prueba y se transcriba el informe, el resultado se enviará por fax al consultorio del médico remitente, por lo general, en un plazo de dos (2) días hábiles. Muchas pruebas de diagnóstico que se realizan en Miami Cardiac & Vascular Institute están disponibles para que los médicos las revisen de inmediato durante la consulta.

**Miami Vascular Specialists en Miami Cardiac & Vascular Institute** se compromete a proporcionarle la mejor atención posible. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su visita, llámenos al 786-596-7050.



**Miami Cardiac &  
Vascular Institute**

BAPTIST HOSPITAL

Baptist Hospital ■ 8900 North Kendall Drive ■ Miami, Florida 33176 ■ 786-596-7050

# Consultation Day

Welcome to Miami Vascular Specialists at Miami Cardiac & Vascular Institute (MCVI). Today you will be seeing one of our specialists in Interventional Radiology. Our doctors are experts in this field and have diagnosed and treated thousands of patients.

## ■ Check In and Registration

First, you will need to check in with the receptionist on the second floor, who will log in the time you arrived. Second, you will need to register for your consultation at the Outpatient Registration desk. Because we are a hospital-based physician practice, all of our patients must be registered through the hospital. This allows us to schedule any diagnostic testing, should you require it, right here on site as long as it is approved by your insurance company.

## ■ Possible Delays

Our patients are our number one priority and we understand that your time is very important. You may, however, experience a delay if you arrive late, if there is an emergency, or if there is an earlier appointment still in progress. Please be assured that the doctor will see you as soon as possible and will spend as much time with you and your family as necessary.

## ■ Consultation Time

A patient consultant will escort you to the Physicians' Offices and direct you to an exam room. If you have brought records or images from other doctors or facilities, please give them to the consultant at that time. The consultants will ask you for the names and contact information of the doctors you see on a regular basis, including your primary care physician. Next, a Physician Assistant or Registered Nurse will meet with you prior to seeing the doctor to go over some important information, including demographics, your medical history and any medications you are taking. Once this information has been gathered, it will be given to the doctor, who will then meet with you to review your condition and discuss a plan of care.

## ■ End of Visit

After the physician has met with you in consultation, the patient consultant will work with you to facilitate your plan of care. This may include contacting your primary care physician and insurance company for authorization. If a follow-up appointment is necessary, you will be given an appointment card as a reminder.

## ■ Follow-up

If the doctor requests that you return to our office for a follow-up consultation within a month's time, the patient consultant will provide you with a dated appointment card. If the follow-up is for some time in the future, you will be given a reminder card. Please call one month in advance to schedule an appointment.

## ■ Feedback

Thank you for choosing Miami Vascular Specialists at Miami Cardiac & Vascular Institute as your healthcare provider and for allowing us to care for you. Our goal is to provide caring and compassionate service at all times. In the near future, you may receive a survey in the mail asking for your feedback about today's visit. We value your comments regarding the care you received and hope that you will be able to score us a "5" on the survey. We hope you had a VERY GOOD experience today and would like to address any concerns you may have before you leave. We look forward to serving you in the future and if you have any questions or concerns about your visit, please call us at 786-596-7050.



**Miami Cardiac &  
Vascular Institute**

**BAPTIST HOSPITAL**

Baptist Hospital ■ 8900 North Kendall Drive ■ Miami, Florida 33176 ■ 786-596-7050

# El día de la consulta

Bienvenido a Miami Vascular Specialists en Miami Cardiac & Vascular Institute (MCVI). En el día de hoy, usted verá a uno de nuestros especialistas en Radiología Intervencionista. Nuestros médicos son expertos en este campo, y han diagnosticado y tratado a miles de pacientes.

## ■ Ingreso y registro

Primeramente, usted deberá inscribirse en la recepción segundo piso, donde registrarán su hora de llegada. En segundo lugar, deberá registrarse en el mostrador de Registro de Pacientes Ambulatorios para su consulta. Debido a que somos un grupo de especialistas radicado en un hospital, todos nuestros pacientes tienen que registrarse a través del hospital. Esto nos permite programar cualquier prueba de diagnóstico, si usted la necesitara, aquí mismo en el centro, siempre que lo autorice su compañía de seguro.

## ■ Posibles demoras

Nuestros pacientes son nuestra máxima prioridad, y comprendemos que su tiempo es muy importante. Sin embargo, usted pudiera experimentar una demora si llegara tarde, si se presentara una emergencia, o si alguna consulta aún no hubiera concluido. Tenga la seguridad de que el médico lo verá lo antes posible, y que pasará todo el tiempo que sea necesario con usted y sus familiares.

## ■ Tiempo de la consulta

Un consultor de pacientes lo acompañará hasta el área de los consultorios médicos, y lo conducirá a una sala de exámenes. Si ha traído expedientes o imágenes de otros médicos o centros, entréguelos al consultor en ese momento. El consultor le pedirá los nombres e información de contacto de los médicos que usted ve habitualmente, incluido su médico de cabecera. A continuación, un asistente médico o enfermero(a) registrado(a) hablará con usted antes de que vea al médico para revisar cierta información importante, incluidos sus datos demográficos, su historia clínica y los medicamentos que esté tomando. Una vez reunida esta información, se le entregará al médico, quien lo verá para revisar su problema de salud y analizar un plan de tratamiento.

## ■ Final de la visita

Después de que el médico lo haya visto en la consulta, el consultor de pacientes colaborará con usted para facilitarle su plan de tratamiento. Esto puede incluir ponerse en contacto con su médico de cabecera y su compañía de seguro para obtener autorización. Si fuera necesario programar una cita de seguimiento, usted recibirá una tarjeta de recordatorio.

## ■ Seguimiento

**Si el médico solicita que usted regrese a nuestro consultorio para una consulta de seguimiento dentro de 3 meses, el consultor de pacientes le proporcionará una tarjeta de cita con una fecha. Si el seguimiento debiera realizarse dentro de cierto tiempo en el futuro, usted recibirá una tarjeta de recordatorio. Llame con un mes de anticipación para programar una cita.**

## ■ Comentarios

Gracias por elegir **Miami Vascular Specialists en Miami Cardiac & Vascular Institute** como su proveedor de atención médica, y por permitirnos cuidar de usted. Nuestra meta es ofrecerle un servicio solidario y compasivo en todo momento. En un futuro cercano, es posible que reciba una encuesta por correo, en la que le se soliciten comentarios acerca de su visita de hoy. Valoramos sus comentarios en relación con la atención que recibió, y esperamos que pueda darnos un puntaje de "5" en la encuesta. Esperamos que su experiencia haya sido MUY BUENA, y quisiéramos abordar cualquier inquietud que pueda tener antes de que se vaya. Esperamos poder atenderle en el futuro y, si tiene alguna pregunta o inquietud acerca de su visita, llámenos al 786-596-7050.

