



PATIENT HISTORY

First name/Nombre _____ Last name /Apellido _____

Patient address / Direccion _____

Weight/Peso _____ Height/Altura _____ DOB/Fecha de nacimiento _____ Age/Edad _____

Last 4 of Social Security number _____ Phone number/Numero de Telefono _____

Email address/correo Electronico _____

Primary Insurance _____ Secondary Insurance _____

Policy Holder Name & D.O.B: _____ Policy Holder Name & D.O.B: _____

Relationship to Patient: _____ Relationship to Patient: _____

Chief complain/Queja principal _____

Past surgeries? Cirugias anteriores _____

Cancer Y / N _____ Diabetes Y / N _____ High blood pressure/Presion alta. Y / N _____

Smoke / Fumas Y / N _____ Alcohol / Alcohol Y / N _____ Stroke/Embolia Cerebral Y / N _____

Heart problems//Problemas del corazon Y / N _____ Have you ever been hospitalize/Has estado internado Y / N _____

Any other serious disease? / Otras complicaciones de salud? _____

Allergies / Allergias _____

Current names and dose of medications / Nombre y dosis de la medicina actual:

* _____ * _____ *

* _____ * _____ *

* _____ * _____ *



HOW DO YOU VEINS BOTHER YOU?

SHARP PAIN: YES ___ NO ___
 CONGESTION/ PRESSURE: YES ___ NO ___
 SWELLING: YES ___ NO ___
 ITCHING: YES ___ NO ___
 APPEARANCE: YES ___ NO ___
 BLEEDING: YES ___ NO ___

DO YOU HAVE ANY OF THESE PROBLEMS?

CARDIOVASCULAR

CHEST PAIN/ANGINA 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/LEGS YES ___ NO ___
 LEG PAIN WITH WALKING YES ___ NO ___

NEUROLOGIC

STROKE YES ___ NO ___
 MINI-STROKE OR TIA YES ___ NO ___
 SCIATICA YES ___ NO ___
 FAINTING SPELLS YES ___ NO ___
 CONVULSIONS OR SEIZURES YES ___ NO ___

NEUROPATHY

NUMBNESS IN LEGS YES ___ NO ___
 PINS & NEEDLES IN HANDS YES ___ NO ___
 PINS & NEEDLES IN LEGS YES ___ NO ___

GENITOURINARY

PAIN ON URINATION YES ___ NO ___
 BURNING ON URINATION YES ___ NO ___
 IMPOTENCE YES ___ NO ___
 FRREQUENT URINATING YES ___ NO ___
 DO YOU HAVE BLOOD IN URINE NOW? YES ___ NO ___

ENDOCRINE

GOUT YES ___ NO ___
 OVERACTIVE THYROID YES ___ NO ___
 UNDERACTIVE THYROID YES ___ NO ___
 DIABETES YES ___ NO ___

GYNECOLOGICAL

ARE YOU PREGNANT YES ___ NO ___
 ARE YOU TAKING BIRTH CONTROL PILLS YES ___ NO ___
 ARE YOU TAKING HORMONES YES ___ 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 W/BOWEL MOVEMENTS YES ___ NO ___
 HEMORRHOIDS YES ___ NO ___

LE MOLESTAN SUS VENAS?

DOLOR FUERTE: SI ___ NO ___
 PRESION SI ___ NO ___
 INFLAMACION SI ___ NO ___
 PICAZON SI ___ NO ___
 APARENCIA: SI ___ NO ___
 SANGRAMIENTO SI ___ NO ___

TIENES ALGUNO DE ESTOS PROBLEMAS?

CARDIOVASCULAR

DOLOR DE PECHO SI ___ NO ___
 FALTA DE AIRE AL CAMINAR SI ___ NO ___
 FALTA DE AIRE AL ACOSTAR SI ___ NO ___
 INSUFISIENCIA CARDIACO SI ___ NO ___
 SOPLO CARDIACO SI ___ NO ___
 PALPITACIONES SI ___ NO ___
 EDEMA DE LAS PIERNAS SI ___ NO ___
 DOLOR AL CAMINAR SI ___ NO ___

NEUROLOGICO

EMBOLIA CEREBRAL SI ___ NO ___
 ATAQUE DE ISQUEMIA TRANSITORIA SI ___ NO ___
 SCIATICA SI ___ NO ___
 DESMAYO SI ___ NO ___
 CONVULSIONES SI ___ NO ___

NEUROPATIA

PIERNAS DORMIDA SI ___ NO ___
 ALFILERES EN LAS MANOS SI ___ NO ___
 ALFILERES EN LOS PIES SI ___ NO ___

GENITOURINARY

DOLOR AL ORINAR SI ___ NO ___
 ARDENTIA AL ORINAR SI ___ NO ___
 IMPOTENCIA SI ___ NO ___
 ORINAR FRECUENTEMENTE SI ___ NO ___
 TIENES SANGRE EN EL ORINE? SI ___ NO ___

ENDOCRINE

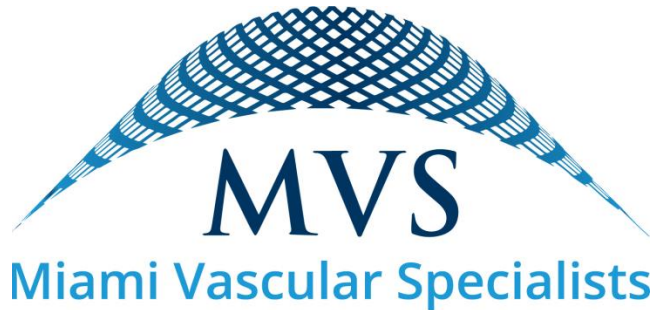
GOTA SI ___ NO ___
 TIROIDE ALTERADO SI ___ NO ___
 TIROIDE LENTO SI ___ NO ___
 DIABETIS SI ___ NO ___

GYNECOLOGICAL

ESTAS EMBARAZADA SI ___ NO ___
 TOMAS PASTILLAS ANTICONCEPTIVAS? SI ___ NO ___
 TOMAS HORMONAS FEMENINAS? SI ___ NO ___

GASTROINTESTINAL

ULCERA DEL ESTOMAGO SI ___ NO ___
 VOMITA SANGRE SI ___ NO ___
 HERNIA HIATAL SI ___ NO ___
 INDIGESTION SI ___ NO ___
 PIEDRAS EN LA VESCICULA SI ___ NO ___
 PROBLEMAS DEL HIGADO SI ___ NO ___
 HACES FECALES OSCURO SI ___ NO ___
 CAMBIO RECIENTE EN EVACUACION SI ___ NO ___
 SANGRAMIENTO CUANDO HACES FECALES SI ___ NO ___
 HEMORROIDES SI ___ NO ___



FREQUENT DIARRHEA YES ___ NO ___
 ABDOMINAL PAIN YES ___ NO ___
 WEIGHT GAIN YES ___ NO ___
 WEIGHT LOSS YES ___ 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 ___
 CATARACS YES ___ NO ___

RESPIRATORY

SPITTING UP BLOOD YES ___ NO ___
 CHRONIC OR FREQUENT COUGH YES ___ NO ___
 ASTHMA YES ___ NO ___
 PNEUMONIA YES ___ NO ___
 TUBERCULOSIS YES ___ NO ___

BLOOD PROBLEMS AND BLEEDING

DO YOUR CUTS HEAL SLOWLY YES ___ NO ___
 ANEMIA/BLOOD DISEASE YES ___ NO ___
 EXCESSIVE BLEEDING DURING SURGERY YES ___ NO ___
 ABNORMAL BRUISING OR BLEEDING YES ___ NO ___
 PHLEBITIS OR BLOOD CLOTS IN VEINS YES ___ NO ___

ANY OTHER DISORDERS

SICKLE CELL ANEMIA YES ___ NO ___
 HIV YES ___ NO ___
 HEPATITIS YES ___ NO ___
 CHLAMYDIA YES ___ NO ___
 GONORRHEA YES ___ NO ___
 SYPHILLIS YES ___ NO ___

DIRRHEA: SI ___ NO ___
 DOLOR ABDOMINAL SI ___ NO ___
 AUMENTO DE PESO SI ___ NO ___
 PERDIDA DE PESO SI ___ NO ___

CABEZA-OIDOS-OJOS-NARIZ-GARGANTA

PROBLEMA DE SINOSITIS SI ___ NO ___
 SORDERA SI ___ NO ___
 MAREO SI ___ NO ___
 CEQUERA PASAJERA SI ___ NO ___
 VISION DOBLE SI ___ NO ___
 GLAUCOMA SI ___ NO ___
 CATARATAS SI ___ NO ___

RESPIRATORIO

ESPECTORA SANGRE SI ___ NO ___
 TOS FRECUENTE SI ___ NO ___
 ASMA SI ___ NO ___
 PULMONIA SI ___ NO ___
 TUBERCULOSIS SI ___ NO ___

PROBLEMAS DE SANGRE Y SANGRAMIENTO

SANA LENTAMENTE SUS HERIDAS SI ___ NO ___
 ANEMIA SI ___ NO ___
 SANGRAMIENTO EXCESSIVO EN CIRUGIA SI ___ NO ___
 AMORATAMIENTO DE LA PIEL SI ___ NO ___
 FLEBITIS EN LAS VENAS SI ___ NO ___

OTRO PROBLEMAS DE SANGRE

ANEMIA FALCIFORME SI ___ NO ___
 HIV SI ___ NO ___
 HEPATITIS SI ___ NO ___
 CLAMIDIA SI ___ NO ___
 GONORREA SI ___ NO ___
 SIPHILLIS SI ___ NO ___

PATIENT SIGNATURE/ FIRMA DEL PACIENTE



PATIENT INFORMATION

Employer/ Lugar de Empleo

Occupation/ Ocupacion

Nearest Relative/ Familiar mas cercano

Nearest relative phone number/ Telefono del familiar mas cercano

Primary Language/ Idioma Principal

Who referred you to the office/ Quien lo refirio a nuestra officinal

PRIMARY CARE PROVIDER

Name _____ Phone _____ FAX _____

Address _____

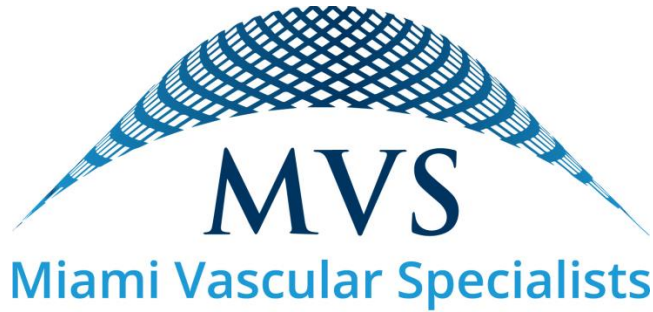
DIALYSIS Y/N _____ CENTER NAME/PHONE NUMBER _____

TREATMENT DAYS _____ KIDNEY DOCTOR _____

PHARMACY

Name _____ Phone _____

Address _____



**NOTICE OF PRIVACY PRACTICES
PATIENT ACKNOWLEDGMENT FORM**

Our Notice of Privacy Practices (“Notice”) provides information about: 1) the privacy rights of our patients; and 2) how we may use and disclose protected health information about our patients.

Federal regulations require that we give our patients or their authorized representatives our Notice before signing this acknowledgment.

If you have any questions about your rights or our privacy practices, please send an electronic message (e-mail) to **privacy_officer@mednax.com** or a letter to:

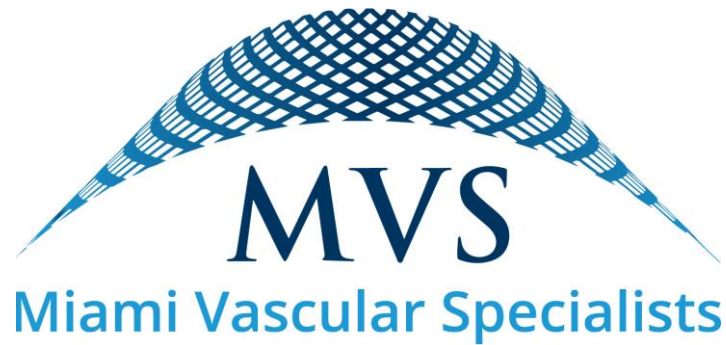
Privacy Officer
MEDNAX Services, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, Fl 33323

By signing this form, you are only acknowledging that you have been provided our Notice.

Signature of Patient or Authorized Representative

Date

Print Name of Patient/Authorized Representative



**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD
FORMULARIO DE ACUSE DE RECIBO DEL PACIENTE**

Nuestro Aviso de Prácticas de Privacidad (“el Aviso”) proporciona información acerca de: 1) los derechos de privacidad de nuestros pacientes; y 2) cómo podremos usar y divulgar información médica protegida acerca de nuestros pacientes.

Los reglamentos federales exigen que entreguemos nuestro Aviso a nuestros pacientes o sus representantes autorizados antes de firmar este acuse de recibo.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos o nuestras prácticas de privacidad, envíe un mensaje electrónico (correo-e) a **privacy_officer@mednax.com** o una carta a:

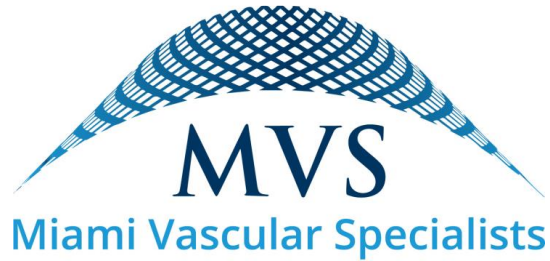
Privacy Officer
MEDNAX Services, Inc.
1301 Concord Terrace
Sunrise, Fl 33323

Con su firma en este formulario, usted simplemente confirma que se le ha proporcionado nuestro Aviso.

Firma del paciente o representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de molde del paciente o
del representante autorizado



FINANCIAL AGREEMENT

Dear Patient,

If your doctor determines that you need a procedure; it may or may not be covered by your medical insurance company. Miami Vascular Specialists, as a courtesy, will verify the procedure before the procedure is performed.

If your insurance company deemed the procedure is not medically necessary, then the charges will be your responsibility.

Although we may ESTIMATE what your insurance company may pay, it is the insurance company that makes the final determination on your eligibility and coverage. You agree to pay any portion of the charge of the charge applied to your deductible, Co-Insurance, co pay or deemed not medically necessary by your insurance. Please keep in mind that verification of benefits IS NOT a guarantee of payment.

Please remember your insurance contract is between you and your insurance company. We are NOT a party in this contract, and it is optimally up to the patient to fully understand his/her contract and coverage.

I authorize the release of any medical or other information necessary to process my claim(s). I also request payment of government benefits to the party who accepts assignment for my claim(s). I authorize payment of supplemental medical benefits to the physician or supplier of services.

I consent to receive phone calls and texts from or on behalf of Miami Vascular Specialist, including those using automated dialing systems and/or an artificial or prerecorded voice, which may include, but are not limited to, appointment reminders, reminders to schedule wellness exams or other preventative services, payment-related messages, patient satisfaction surveys, and to receive information about the availability of new services.

A copy of this agreement will be as valid as the original.

I have read and understood the financial agreement thoroughly.

Patient Name _____

Patient Signature _____

Date _____



ACUERDO FINANCIERO

Querido/a Paciente,

Si su doctor determina que usted necesita un procedimiento; puede que este o no cubierto por su seguro. Miami Vascular Specialist, como cortesía, verificará el procedimiento con su seguro.

Si su seguro niega el procedimiento como “no es medicamente necesario” los cargos serán aplicados a su responsabilidad.

Aunque nosotros podemos CALCULAR cuanto su compañía de seguro nos va a pagar, es la compañía de seguro la que toma la determinación final de su cobertura. Usted se compromete a pagar cualquier porción que el seguro aplique a su deducible, co-seguro, co-pago o que niegue por no necesidad médica. Por favor tenga en cuenta que una determinación de beneficios NO es una garantía de pago. Recuerde, usted es el responsable por este contrato con su seguro. Es su responsabilidad entenderlo y saber los beneficios que tiene su póliza. Esto no es NUESTRA responsabilidad.

Autorizo la divulgación de cualquier información médica o de otro tipo necesaria para procesar mi (s) reclamo (s). También solicito el pago de beneficios gubernamentales a la parte que acepta la asignación para mi (s) reclamo (s). Autorizo el pago de beneficios médicos complementarios al médico o proveedor de servicios.

Doy mi consentimiento para recibir llamadas telefónicas y mensajes de texto de o en nombre de Miami Vascular Specialists, incluidos aquellos que utilizan sistemas de marcación automática y / o una voz artificial o pregrabada, que puede incluir, entre otros, recordatorios de citas, recordatorios para programar Exámenes de bienestar u otros servicios preventivos, mensajes relacionados con el pago, encuestas de satisfacción del paciente y para recibir información sobre la disponibilidad de nuevos servicios.

**Una copia de este acuerdo es tan válida como el original.
He leído y entiendo este documento en su totalidad.**

Nombre del Paciente _____

Firma del Paciente _____

Fecha _____