

Vincent J. Guzzetta, M.D., F.A.C.S. Scott E. Musicant, M.D., F.A.C.S. Thomas T. Terramani, M.D., F.A.C.S.
Patrick R. Cook, D.O., F.A.C.S., R.P.V.I. Luis C. Cajas-Monson, M.D., M.P.H.

Fecha: _____
Estatura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Nombre: _____
Ocupacion: _____

Antecedentes Médicos:

Sí	No	Alguna vez a sufrido:	Si la respuesta es Sí, fecha:
___	___	Pérdida o aumento de peso	_____
___	___	Fiebre o escalofríos	_____
___	___	Dolor de espalda o lesión	_____
___	___	Artritis	_____
___	___	Tendencia a sangrados	_____
___	___	Hepatitis o VIH	_____
___	___	Diabetes	_____
___	___	Trastornos de la tiroides	_____
___	___	Colesterol alto	_____
___	___	Neumonía	_____
___	___	Asma o enfisema	_____
___	___	Ataque cardiaco	_____
___	___	Dolor en el pecho (angina)	_____
___	___	Arritmias	_____
___	___	Ataque cerebrovascular (ACV)	_____
___	___	Epilepsia o convulsiones	_____
___	___	Alcoholismo	_____
___	___	Drogadicción	_____
___	___	Dolor en las piernas al caminar	_____
___	___	Flebitis (coágulos en venas de las piernas)	_____
___	___	Estreñimiento	_____
___	___	Diarrea	_____
___	___	Heces con sangre u oscuras	_____
___	___	Sangre en orina o cálculos	_____
___	___	Otras condiciones médicas serias	_____

Farmacia preferida: _____

Alergias:
(¿Medicamentos, gasa, yodo, tinte?)

Antecedentes Sociales:
¿Consume alcohol? _____
Si la respuesta es sí, cuánto, qué tan seguido: _____

¿Fuma o ha fumado alguna vez? _____
Paquetes por días _____ Cuántos años _____
Si dejó de fumar, ¿cuándo? _____

Antecedentes Familiares
Alguien de su familia ha sufrido de: ¿Quién?
ACV: _____
Ataque cardiaco: _____
Diabetes: _____
Aneurisma aórtico: _____
Venas varicosas: _____

Especifique: _____



Operaciones pasadas y fechas aproximadas:

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



Especialistas Vasculares y Endovasculares
Certificados en Cirugía Vascular



Vincent J. Guzzetta, M.D., F.A.C.S. Scott E. Musicant, M.D., F.A.C.S. Thomas T. Terramani, M.D., F.A.C.S.
Patrick R. Cook, D.O., F.A.C.S., R.P.V.I. Luis C. Cajas-Monson, M.D., M.P.H.

Nombre del Paciente _____ Teléfono del Hogar _____
Apellido Primer N. Segundo N.

Dirección _____ Teléfono Celular _____
Número y Calle Ciudad Estado Código Postal

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Número de Seguro Social _____

Estado Civil _____ Sexo: M F Etnia _____ Se niega a responder _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Empleador del Paciente _____ Teléfono del Trabajo _____

Ocupación _____

Cónyuge o Tutor _____

Empleador del Cónyuge _____ Teléfono del Trabajo _____

Seguro del Salud _____ No. de ID _____

Dirección _____ Teléfono _____

Nombre del asegurado _____

Seguro Secundario _____ No. de ID _____

Médico de cabecera _____ Referido por _____

Contacto de Emergencia _____ Teléfono _____

Dirección _____ Relación _____

Por la presente autorizo y solicito a la Compañía de seguros de _____ que asigne directamente a su médico todos los pagos adeudados por los servicios prestados por dicho médico.

Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por el seguro

Firma _____ Fecha _____



Especialistas Vasculares y Endovasculares
Certificados en Cirugía Vascular



Vincent J. Guzzetta, M.D., F.A.C.S. Scott E. Musicant, M.D., F.A.C.S. Thomas T. Terramani, M.D., F.A.C.S.
Patrick R. Cook, D.O., F.A.C.S., R.P.V.I. Luis C. Cajas-Monson, M.D., M.P.H.

He recibido el Aviso de Prácticas de Privacidad y se me ha dado la oportunidad de revisarlo.

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____
Firma _____ Fecha _____

Entiendo que mi información de salud personal puede ser compartida con otros médicos y/u hospitales según sea necesario para la atención médica.

Mi información de salud personal, ya sea verbalmente o por escrito, también se puede divulgar a los siguientes:

Nombre _____ No. Teléfono _____
Relación _____

Nombre _____ No. Teléfono _____
Relación _____

Nombre _____ No. Teléfono _____
Relación _____

Nombre _____ No. Teléfono _____
Relación _____

Firma del Paciente _____ Fecha _____

VASCULAR ASSOCIATES OF SAN DIEGO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Paciente _____ No. de S.S. _____ Fecha de Nac.: _____
Apellido Primero Inic. del Seg. Mes-Día-Año

DIRECCIÓN _____ CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____ No. de Tel. _____

Yo, _____ por la presente autorizo la divulgación de información de mis registros médicos como se indica a continuación:

La información es para ser divulgada por:

Persona/Centro _____

Dirección _____

No. Teléfono/Fax _____

La información es para ser suministrada a: Persona/Centro _____

Información a ser divulgada:

- _____ Historia y exámenes físicos (H y F)
- _____ Notas de evolución
- _____ Reportes de laboratorio
- _____ Reportes de Tomografía/RM/Ultrasonido
- _____ Otro

VASCULAR ASSOCIATES OF SAN DIEGO

8860 CENTER DR. SUITE # 450

SAN DIEGO, CALIF. 91942

TEL. 619-460-6200 Fax: 619-460-6262

Propósito de la Divulgación _____

Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al centro proveedor. La revocación entrará en vigencia en la fecha notificada, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas con base en esta o si se obtuvo la autorización como condición para obtener cobertura de seguro.

Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no estará protegida por las normas Federales de Privacidad.

Entiendo que, al autorizar esta divulgación de información, mi atención médica y el pago de la atención médica no se verán afectados si no firmo este formulario.

Entiendo que puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito. Y que recibiré una copia de este formulario después de que lo firme cuando lo solicite.

Firma del Paciente Fecha o _____
Paciente/Tutor Legal/Persona Autorizada Fecha

Registros recibidos por Fecha Relación con el Paciente

Fecha en que se realizó la solicitud: _____ Por: _____



Especialistas Vasculares y Endovasculares
Certificados en Cirugía Vascolar



Vincent. J. Guzzetta, M.D., F.A.C.S. Scott E. Musicant, M.D., F.A.C.S. Thomas T. Terramani, M.D., F.A.C.S.
Patrick R. Cook, D.O., F.A.C.S., R.P.V.I. Luis C. Cajas-Monson, M.D., M.P.H.

1 de abril de 2023

VASCULAR ASSOCIATES OF SAN DIEGO POLÍTICA DE CANCELACIÓN

A nuestros valiosos pacientes:

Por favor, tengan en cuenta nuestra política de cancelación de 24 horas.

Nos esforzamos por brindar atención médica oportuna a cada uno de nuestros pacientes. Debido a que es difícil llenar el espacio de una cita cancelada sin un previo aviso suficiente, **se cobrará una tarifa de 50 USD por cada cita no asistida o solicitud de cancelación el mismo día.**

Si necesita cancelar o reprogramar su cita, por favor llame al (619) 460-6200 con al menos 24 horas de anticipación.

Agradecemos su cooperación y comprensión.

Al firmar a continuación, certifico que he revisado la Política de Cancelación de Vascular Associates of San Diego y doy mi consentimiento para cumplir con esta política o se me cobrará una tarifa de 50 USD por cualquier cita no asistida o solicitud de cancelación el mismo día.

Firma

Fecha

Vincent. J. Guzzetta, M.D., F.A.C.S. Scott E. Musicant, M.D., F.A.C.S. Thomas T. Terramani, M.D., F.A.C.S.
Patrick R. Cook, D.O., F.A.C.S., R.P.V.I. Luis C. Cajas-Monson, M.D., M.P.H.

1 de enero de 2023

VASCULAR ASSOCIATES OF SAN DIEGO
La Ley de Transparencia (Sunshine Act) y Open Payments

Solo con fines informativos, se proporciona un enlace a la página web de Open Payments de los Centros Federales de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS). La Ley de Transparencia de Pagos a Médicos requiere que se ponga a disposición del público información detallada sobre pagos y otros beneficios que tengan un valor superior a diez dólares (10 USD) de parte de fabricantes de medicamentos, dispositivos médicos y biológicos a médicos y hospitales universitarios.

Estos datos se publican anualmente en una base de datos conocida como Open Payments. La base de datos de Open Payments es una herramienta federal utilizada para buscar pagos realizados por compañías farmacéuticas y de dispositivos a médicos y hospitales universitarios. Puede encontrarse en <https://openpaymentsdata.cms.gov>.

Por la presente, reconozco que se me ha ofrecido una copia del aviso de Open Payments de Vascular Associates of San Diego. Se me ha informado que una copia del aviso está publicada en el área de recepción y que una copia de este acuse de recibo se colocará en mi expediente médico.

FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR

FECHA

NOMBRE DEL PACIENTE (en letra de imprenta)

FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE