

Estimado Nuevo Paciente,

Bienvenido y gracias por elegir a la Dra. Boulom para sus venas y/o necesidades vasculares. La Dra. Boulom espera poder ofrecerle a usted, el paciente, la atención de la más calidad. Utilizando la tecnología más avanzada, la Dra. Boulom ofrece tratamientos compresivos e individualizados adaptados a las necesidades específicas de cada uno de sus pacientes.

Dra. Boulom y su equipo se dedican a hacer sus citas lo más agradables posible. Tomamos mucho orgullo en nuestra capacidad para ofrecerle la atención óptima diseñada para sus necesidades específicas.

Por favor, traiga los siguientes documentos con usted a su primera cita:

- Formas para nuevo paciente (si ya los ha completado)
- Lista de medicamentos actuales con la dosis y cuántas toma al día
 - e.g. Ibuprofen, una pastilla de 400 mg, cuatro veces al día
- Tarjeta de identificación
- Tarjetas del seguro médico

Para la conveniencia de nuestros pacientes, ofrecemos nuestros servicios en San José y Morgan Hill.

El horario de la clínica es abajo:

Los lunes:

3190 S. Bascom Ave, #170, San Jose, CA 95124

Los martes, jueves, y viernes:

18525 Sutter Blvd, #140, Morgan Hill, CA 95037

Nuestro técnico del ultrasonido, Joseph "Joe" Matthews, realiza los ultrasonidos en nuestras dos ubicaciones. Puede llamarlo al (408) 829-6486.

El horario del ultrasonido es abajo:

Los martes:

3190 S. Bascom Ave, #170, San Jose, CA 95124

Los sabados:

18525 Sutter Blvd, #140, Morgan Hill, CA 95037

Por favor, llama a la clínica al (408) 333- 9580 si tiene alguna pregunta o inquietud que tenga. Esperamos conocerlo y ofrecerle una experiencia muy agradable.

Cordialmente,

El equipo de Dra. Boulom

HIPAA / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Información sobre su historial médico

Leyes estatales y federales nos permite utilizar o divulgar su información médica a las siguientes personas:

- Otro especialista o médico que participe en su atención.
- Su compañía de seguros médicos, con el fin de obtener el pago de nuestros servicios.
- Nuestro personal, con el fin de subir su información en nuestro sistema electrónico.
- Otras entidades durante el curso de su tratamiento, con el fin de obtener autorizaciones, visitas de referencia, programación de estudios, etc. Gran parte de esta información se envía por fax, que es permitido por la ley. Tenemos archivada con estas fuentes la verificación de la confidencialidad del fax utilizado y su acceso limitado por personal autorizado.
- Si esta clínica se vende, su información médica pasará a ser propiedad del nuevo dueño.
- Podemos compartir parte o la totalidad de su información médica cuando así lo exija la ley. Excepto en los casos descritos anteriormente, este consultorio no utilizará ni divulgará su información médica sin su autorización previa por escrito.
- Utilizamos un Registro Médico Electrónico (EMR) compartido accesible a nuestros médicos, personal y médicos selectos de Muir Medical Group IPA para agilizar las referencias de pacientes y la atención coordinada. La divulgación externa de información del EMR requiere el consentimiento explícito del paciente o según lo permita o exija específicamente la ley.

Sus derechos sobre su información médica

Su historial médico le pertenece, aunque existen excepciones legales, a menos que la ley exija que su historial médico sea propiedad física del profesional médico o del centro que lo recopiló. Tiene derecho a limitar el uso de la información, solicitar una cuenta de divulgación, elegir métodos o lugares de comunicación alternativos y retirar autorizaciones. Tiene derecho a solicitar por escrito inspeccionar y/o recibir una copia de su información médica. Nuestra oficina cobrará una tarifa para cubrir la copia y el envío de estos registros a usted si superan un total de 25 páginas o más.

Usaremos su información para contactarlo. Por ejemplo, podemos enviarle por correo, llamarle o dejarle mensaje en texto con su información sobre su cuidado. Si no está en casa, esta información puede dejarse en su contestador automático o con la persona que contestó el teléfono. En una emergencia, podemos divulgar su información médica a un miembro de su familia o a otra persona designada responsable por su cuidado.

Por favor designa a quien nuestra oficina le puede divulgar su información médica, marcando las casillas:

- ☐ OK dejar información médica en el contestador automático/ mensaje de voz / mensaje de texto
- ☐ DIVULGAR A TODOS
- ☐ DIVULGAR A LAS PERSONAS ESPECÍFICAS ABAJO:

☐ NO DIVULGAR NINGUNA INFORMACIÓN a nadie más que a mi mismo (el paciente).

HIPAA / AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD pág. 2

Preguntas y reclamaciones

Nos reservamos el derecho de cambiar nuestras prácticas de privacidad y las condiciones de este aviso en cualquier momento y sin previo aviso. En caso de cambios, se publicará un aviso actualizado y nuestra oficina le notificará los cambios por escrito. Usted tiene derecho a presentar una queja ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos, 200 Independent Avenue, S.W. Room 509F Washington, DC 20201. Nuestra oficina no tomará medidas de represalia contra usted por presentar una queja. Sin embargo, antes de presentar una queja, o para obtener más información o asistencia con respecto a la privacidad de su información de salud, por favor contacta a la Oficial de Privacidad, Jenny Aivazian, al (925) 932-6330.

Agradecimiento

Con su firma reconoce que ha recibido y leído una copia de nuestro Aviso de prácticas de privacidad. Este documento permanecerá como parte de sus registros y no es un contrato, autorización, liberación o formulario de consentimiento.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Si la persona que firma no es el paciente, por favor indique:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

PÓLIZA DE FACTURACIÓN Y FINANCIERA pág. 1

Aviso Legal

Yo, el paciente, o el representante del paciente, entiendo que todos los médicos de Bay Area Surgical Specialists, Inc. están autorizados y regulados por el Medical Board de California. Puedo verificar esto contactando al Medical Board al (800) 633-2322 o a través del Internet en su sitio web: www.mbc.ca.gov.

Información sobre los seguros médicos

Soy responsable darle a Bay Area Surgical Specialists, Inc. la información actual del seguro y de informarles con prontitud de cualquier cambio en la cobertura que afecte los servicios anteriores. Los pacientes deben verificar si la práctica y el médico son proveedores contratados. BASS y/o sus representantes harán todo lo posible para asistirle, pero **BASS no será responsable de entender cada plan de seguro.**

Copagos, Coseguro, Deducibles y Autorizaciones

- Nuestra oficina no participa directamente en el procesamiento de pagos. Si usted tiene alguna pregunta de facturación, necesita discutir su cuenta y/o establecer acuerdos financieros. Por favor, póngase en contacto con nuestro departamento de facturación al (925) 627-3424.
- Reconozco mi responsabilidad de pagar cualquier copago, coseguro o deducible. Se emitirán tres estados de cuenta para los saldos pendientes después del pago del seguro, y la falta de pago en el tercer estado de cuenta puede llevar a que la cuenta sea enviada a un servicio de cobranza, con el paciente asumiendo la cobranza asociada, intereses o gastos legales.

PÓLIZA DE FACTURACIÓN Y FINANCIERA pág. 2

- Entiendo que la clínica verificará mi elegibilidad del seguro para la cirugía, pero hasta que las demandas se procesen las cantidades deducibles y las cantidades del coaseguro antes de cirugía no pueden ser determinadas. Además, entiendo que un copago de la cirugía puede ser recogido por adelantado y que **los honorarios que me cotizan se estiman** sobre la base de 1) la cirugía prevista a realizar y 2) la información actual proporcionada por mi compañía de seguros.
- Reconozco que la clínica obtendrá las autorizaciones necesarias, que **no son una garantía de pago**, antes de la cirugía, y que soy responsable de todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Soy responsable de todos los cargos no cubiertos por mi seguro, incluidos los retrasos superiores a 90 días o la denegación de la cobertura del seguro. Si mi seguro solicita un reembolso, soy financieramente responsable de esos cargos.

Cobros de cancelación y no presentación

- Para las citas de ultrasonidos, se me facturará directamente un **cargo de cancelación o no presentación de \$50.00 por prueba programada** si no proporciono un aviso de cancelación de 24 horas.
 - Para las citas de seguimiento, se me facturará directamente un **cargo de cancelación o no presentación de \$25.00** si no proporciono un **aviso de cancelación con 24 horas**.
 - Se me facturará directamente un **cargo por cancelación o no presentación de \$250.00** si no proporciono un **aviso de cancelación con 24 horas** para los procedimientos: escleroterapia, ablación por radiofrecuencia, o cierre de VenaSeal.
 - Se me facturará directamente un **cargo de cancelación o no presentación de \$500.00** si no proporciono un **aviso de cancelación de 24 horas** para un procedimiento de flebectomía.
- ★ **Todos los cobros deben ser abonados a nuestro departamento financiero antes de la siguiente cita.**

Formas de pago aceptadas

Para su conveniencia, aceptamos, Mastercard, AMEX, Visa, débito, y tarjetas de HSA.

Otros cobros

Hay una cuota de \$20.00 (por formulario) para completar el papeleo asociado con el cuidado de un paciente.

Agradecimiento

Yo, como la parte responsable, reconozco mi responsabilidad financiera por todos los cargos, independientemente de los retrasos o denegaciones del seguro. Autorizo a Bay Area Surgical Specialists, Inc. a buscar beneficios, recibir pagos directamente y divulgar mi expediente clínico a las compañías de seguros para fines de facturación. Acuerdo cubrir costes de la colección, honorarios del abogado, y otros costos incurridos para la responsabilidad paciente pendiente. Si se me envían pagos del seguro, me comprometo a remitirlos con prontitud a Bay Area Surgical Specialists, Inc. **Firmando, confirmo que he leído las políticas antedichas en lo que concierne a los médicos de Bay Area Surgical Specialists, Inc.**

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____
Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Si la persona que firma no es el paciente, por favor indique:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

Al firmar este formulario, autorizo la divulgación de información médica confidencial sobre mí al médico y el uso de mi historial por parte del médico indicado a continuación:

BASS Medical Group
Dr. Valy Boulom, MD, RPVI
18525 Sutter Blvd, Suite 140
Morgan Hill, CA 95037
Número de Teléfono: (408) 333-9580
Número de Fax: (408) 663-5222

Identifique la información que desea divulgar:

- ☐ TODOS LOS ARTÍCULOS
☐ Solo los artículos relacionados con:

Agradecimiento

Al firmar, reconozco que la información identificada puede ser utilizada por o divulgada al médico/centro mencionado anteriormente. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentar mi revocación a la oficina.

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Si la persona que firma no es el paciente, por favor indique:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

REGISTRACIÓN DE NUEVO PACIENTE

Datos del Paciente

Nombre del Paciente: _____

Apellido

Nombre

2º Nombre

Nombre Preferido (si procede): _____ DOB: _____ SSN: _____

Domicilio: _____

Número y calle

Apt #

Ciudad

Código Postal

Por favor de indicar su método de comunicación preferido:

Teléfono de casa: _____ ☐ Llamar Teléfono móvil: _____ ☐ Llamar ☐ Texto

Correo electrónico: _____

Sexo Legal: ☐ Hombre ☐ MujerEstado Civil: ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Divornado/aEtnicidad: ☐ No Latino/No Hispano☐ Indígena americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático☐ Latino/HispanoRaza: ☐ Negro/ Afroamericano☐ Blanco☐ Declino especificar☐ Nativo de Hawái o las islas del pacífico ☐ Declino especificarIdioma hablado preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____Idioma escrito preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Contacto de Emergencia: _____ Teléfono: _____

Relación al Paciente: _____

Información del Seguro Médico

Seguro Principal: _____

Suscriptor: ☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Padres ☐ Compañía ☐ Otro: _____Información del Suscriptor: ☐ Igual que arriba (yo) ☐ Información del suscriptor está abajoNombre del Suscriptor: _____ FDN: _____ Sexo Legal: ☐ Hombre ☐ Mujer

Seguro Secundario: _____

Suscriptor: ☐ Yo ☐ Esposo/a ☐ Padres ☐ Compañía ☐ Otro: _____Información del Suscriptor: ☐ Igual que arriba (yo) ☐ Información del suscriptor está abajoNombre del Suscriptor: _____ FDN: _____ Sexo Legal: ☐ Hombre ☐ Mujer

Historial de cirugías

Cirugía	Año	Cirugía	Año

Indique problemas médicos importantes en su familia (por ejemplo, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, hipertensión, enfermedad coronaria, enfermedad renal, diabetes, varices, enfermedad vascular, cáncer, etc.).

Madre	☐ Viva ☐ Fallecida	Causa del fallecimiento (si procede):
	Indique cualquier problema médico significativo:	
Padre	☐ Viva ☐ Fallecido	Causa del fallecimiento (si procede):
	Indique cualquier problema médico significativo:	
Hermana	☐ Viva ☐ Fallecida	Causa del fallecimiento (si procede):
	Indique cualquier problema médico significativo:	
Hermano	☐ Viva ☐ Fallecido	Causa del fallecimiento (si procede):
	Indique cualquier problema médico significativo:	
Historial Familiar	Indique cualquier problema médico significativo:	

¿Toma alcohol? ☐ Nunca ☐ Actualmente no ☐ Sí

¿Usa drogas recreacionales? ☐ Nunca ☐ Actualmente no ☐ Sí

¿Usa drogas intravenosas? ☐ No ☐ Sí

Ocupación: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Retirado ☐ Desempleo

¿Quién vive en casa con usted?

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Apellido Nombre 2º Nombre

Revisión de sistemas

Indique todos que actualmente se presenta:

Constitucional

- ☐ Fiebre
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Pérdida de peso inexplicable
- ☐ Neurológico

Neurologic/ Psychiatric

- ☐ Entumecimiento
- ☐ Hormigueo
- ☐ Debilidad
- ☐ Mareos
- ☐ Pérdida de la memoria
- ☐ Convulsiones
- ☐ Ansiedad
- ☐ Lesión medular
- ☐ Dolor de cabeza
- ☐ Dificultad dormir

Dermatologic

- ☐ Erupciones
- ☐ Forúnculo/ infecciones

Inmunológico

- ☐ Fiebre del heno
- ☐ Alergias de comida

Cardiovascular

- ☐ Dolor en el pecho
- ☐ Pulso irregular
- ☐ Ataque al corazón
- ☐ Problema de la válvula cardíaca

Gastrointestinal

- ☐ Dolor abdominal
- ☐ Náusea/ vómito
- ☐ Indigestión/ acidez
- ☐ Diarrea
- ☐ Constipación

Metabólico/ Endocrino

- ☐ Sed excesiva
- ☐ Muy caliente
- ☐ Muy frío

Genitourinaria

- ☐ Orina turbia
- ☐ Náusea

Vascular

- ☐ Extremidad fría
- ☐ Dolor en la extremidad
- ☐ Varices

Hematológico

- ☐ Fácil aparición de hematomas/sangrado
- ☐ Coágulos de sangre en los brazos/piernas
- ☐ Anemia

Musculoesquelético

- ☐ Dolor articular
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Articulares artificiales

ONG

- ☐ Goteo nasal
- ☐ Dificultad para oír

Otra información que piensa que debemos saber:

Firma del Paciente o Representante: _____ Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ FDN: _____

Si la persona que firma no es el paciente, por favor indique:

Nombre: _____ Relación al paciente: _____

¡Gracias por completar nuestro paquete de nuevos pacientes! Por favor, tómese el tiempo para revisar que todas las hojas están completas con la información (e.g. demográficas, los medicamentos, etc.) y las firmas.