



# Heart Vein & Vascular LLC

Babak Alex Vakili M.D, F.A.C.C, F.S.C.A.I

Integrative Cardiovascular Clinic

2170 W State Road 434, Suite 190  
Longwood, FL 32779  
Phone: 407-990-1921 Fax: 855-537-4411  
E-Mail: Support@heartveinvascular.com  
Web: www.heartveinvascular.com

## Registro de Pacientes

**Instrucciones:** Por Favor, complete todas las secciones, coloque sus iniciales donde sea necesario y firme la parte inferior. Escriba y marque N/A donde corresponda.

Apellido:		Nombre:		MI:	Fecha:
Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento:		Edad:	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
	Seguro Social:			<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Teléfono:		Celular:		Correo electrónico:	
¿Como prefiere ser contactado? <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico					
Dirección:		Ciudad:		Estado:	Código postal:
Estado de Empleo:		Nombre del Empleador:		<input type="checkbox"/> N/A	Teléfono del trabajo:

Como escucho sobre nosotros: <input type="checkbox"/> familia/amigo <input type="checkbox"/> doctor <input type="checkbox"/> Compañía de seguro <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> otro _____					
Doctor Primario:		Teléfono:		Numero de fax:	
Medico de Referencia:		Teléfono:		Numero de fax:	
Farmacia:		Dirección:		Teléfono:	

Tiene Seguro de salud?: <input type="checkbox"/> Si (Le pondremos una copia en su archivo) <input type="checkbox"/> No/Auto Pago
--

## **INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIAS**

Nombre:	Relación:	Teléfono:
<b>HVV tiene permiso para hablar sobre mi atención médica conmigo mismo y con las siguientes personas:</b>		

## **CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO Y ACUERDO DE SEGURO**

Autorizo a Heart Vein and Vascular LLC a examinarme y ordenar/realizar cualquier prueba razonable y necesaria para diagnosticar y tratar mi caso. Reconozco que busco atención médica voluntariamente sin coerción.

El reembolso de los servicios prestados por HVV se describe con más detalle en el Aviso de prácticas de privacidad por escrito de Heart Vein and Vascular LLC, publicado en la oficina y disponible a pedido. Además, reconozco que soy responsable de pagar cualquier saldo que quede después de que se hayan realizado los pagos del seguro.

**Firma del paciente o representante del paciente:** \_\_\_\_\_

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





# Heart Vein & Vascular LLC

Babak Alex Vakili M.D, F.A.C.C, F.S.C.A.I

Integrative Cardiovascular Clinic

2170 W State Road 434, Suite 190  
Longwood, FL 32779  
Phone: 407-990-1921 Fax: 855-537-4411  
E-Mail: Support@heartveinvascular.com  
Web: www.heartveinvascular.com

Estimado paciente,

Gracias por elegir Heart Vein & Vascular, LLC para sus necesidades de atención médica. Nos complace darle la bienvenida a nuestra práctica. Nos gustaría familiarizarlo con nuestras políticas para mantenerlo informado y evitar posibles malentendidos.

**CITAS:** En caso de que no pueda asistir a su cita programada, proporcione un aviso mínimo de 24 horas para evitar un cargo por no presentarse/cancelación de \$25.00 a su cuenta. Las pruebas y los procedimientos de diagnóstico requieren un aviso mínimo de 48 horas y se aplicará a su cuenta una tarifa más alta por no presentarse. Esto nos permite programar otros pacientes en el espacio de citas vacante.

**COPAGOS Y DEDUCIBLE:** Por ley, estamos obligados a cobrar el copago designado por su seguro en el momento del servicio. Cualquier prueba o procedimiento de diagnóstico realizado puede requerir un copago, deducible y/o co-seguro por separado.

**COMPLETAR EL FORMULARIO DE DISCAPACIDAD/FMLA:** Haga que su PCP complete el papeleo de discapacidad y/o FMLA siempre que sea posible. En caso de que necesite que nuestra oficina complete el papeleo de FMLA y/o discapacidad, se aplicará un cargo de \$30. Espere un mínimo de 7 días hábiles para completar estos formularios.

**SOLICITUDES DE REGISTROS MÉDICOS:** Le proporcionaremos una copia de sus registros médicos si lo solicita. Se cobrará un cargo de \$1.00 por página para las primeras 25 páginas y \$.25 por página a partir de entonces. No habrá ningún cargo si desea que se los envíen por fax. A HVV solo se le permite divulgar registros de nuestras instalaciones.

**SOLICITUDES DE RENOVACIÓN:** Las renovaciones de medicamentos se enviarán electrónicamente a su farmacia registrada. Las recargas generalmente se procesan en su cita programada. Sin embargo, llame a nuestra oficina durante el horario comercial si necesita recargas antes de la fecha de su cita programada y procesaremos su solicitud en 72 horas.

Al poner mis iniciales aquí, acepto que he leído la información anterior. \_\_\_\_\_

**PACIENTES DE MEDICARE Y MEDICAID:** Certifico que la información proporcionada por mí al solicitar el pago bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social es correcta, autorizo a cualquier titular de información médica o de otro tipo sobre mí a ser divulgada a la Administración del Seguro Social o sus intermediarios. o proveedores cualquier Información necesaria para este o un reclamo de Medicare relacionado. Solicito que el pago de los beneficios autorizados se realice en mi nombre. Asigno los beneficios pagaderos por los servicios médicos al médico u organización que brinda los servicios o autorizo a dicho médico u organización a presentar un reclamo a Medicare para que me pague.

INICIAL \_\_\_\_\_



# Heart Vein & Vascular LLC

Babak Alex Vakili M.D, F.A.C.C, F.S.C.A.I

Integrative Cardiovascular Clinic

2170 W State Road 434, Suite 190  
Longwood, FL 32779  
Phone: 407-990-1921 Fax: 855-537-4411  
E-Mail: Support@heartveinvascular.com  
Web: www.heartveinvascular.com

**RESPONSABILIDAD DE NOTIFICACIÓN DEL PACIENTE:** : Si mi cita de seguimiento para los resultados es cancelada o reprogramada por mí o por HVV, entiendo que es mi responsabilidad comunicarme con la oficina dentro de los 7 a 10 días hábiles después de que se haya completado la prueba o el procedimiento para programar una cita para verificar los resultados.

Inicial \_\_\_\_\_

**PAGO/GARANTE:** Acepto ayudar a comunicarme con mi seguro en caso de que haya una demora en el pago de reclamos de más de 30 días. Si después de 45 días el reclamo sigue sin pagar, entiendo que puedo ser responsable por el saldo.

Inicial \_\_\_\_\_

**Directivas avanzadas:** (para el cumplimiento del acto de autodeterminación del paciente)

¿Ha ejecutado una directiva anticipada?  Si  No

En caso afirmativo, ¿la directiva en forma de:  Testamento vital  El poder duradero del abogado

Sustituto de atención médica

## **CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE/AVISO DE FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Entiendo que bajo HIPPA de 1996, tengo ciertos derechos de privacidad relacionados con mi información de salud protegida. Entiendo que esta información puede ser utilizada para:

1. Realizar, planificar y dirigir mi tratamiento y seguimiento entre múltiples proveedores de atención médica que pueden estar involucrados en dicho tratamiento directa o indirectamente.
2. Obtenga el pago de proveedores externos.
3. Para llevar a cabo operaciones normales de atención médica, como garantía de calidad y certificaciones médicas.

He sido informado por el Aviso de prácticas de privacidad de Heart Vein & Vascular LLC, que proporciona una descripción más completa de cómo se puede usar o divulgar mi PHI. Entiendo que tengo derecho a revisar este Aviso antes de firmar este formulario. Entiendo que esta organización en cualquier momento en su dirección para obtener una copia actual de la notificación.

**Al firmar este formulario, doy mi consentimiento para que HVV use y divulgue mi información médica protegida para llevar a cabo operaciones de tratamiento y atención médica y/o determinar un reclamo de pago como se describe en su Aviso. Al firmar a continuación, también acepto toda la información indicada y comprendo mis derechos y responsabilidades como paciente de HVV..**

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o representante del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o representante

\_\_\_\_\_  
Relación al paciente



# Heart Vein & Vascular LLC

Babak Alex Vakili M.D, F.A.C.C, F.S.C.A.I

Integrative Cardiovascular Clinic

2170 W State Road 434, Suite 190  
Longwood, FL 32779  
Phone: 407-990-1921 Fax: 855-537-4411  
E-Mail: Support@heartveinvascular.com  
Web: www.heartveinvascular.com

## Formulario de autorización de registros médicos de HVV

Yo \_\_\_\_\_ autorizo a Heart Vein & Vascular a obtener/divulgar mi información de salud personal de/a la(s) siguiente(s) persona(s) u organización(es).

Nombre del médico/proveedor de salud o plan:	Teléfono:	Numero de Fax:	Propósito de la solicitud de registros: <input type="checkbox"/> Enviar a HVV <input type="checkbox"/> Obtener de HVV
Nombre del médico/proveedor de salud o plan:	Teléfono:	Numero de Fax:	Propósito de la solicitud de registros: <input type="checkbox"/> Enviar a HVV <input type="checkbox"/> Obtener de HVV
Nombre del médico/proveedor de salud o plan:	Teléfono:	Numero de Fax:	Propósito de la solicitud de registros: <input type="checkbox"/> Enviar a HVV <input type="checkbox"/> Obtener de HVV
Nombre del médico/proveedor de salud o plan:	Teléfono:	Numero de Fax:	Propósito de la solicitud de registros: <input type="checkbox"/> Enviar a HVV <input type="checkbox"/> Obtener de HVV

**La información divulgada puede incluir asuntos relacionados con la salud mental, discapacidades del desarrollo, abuso y negligencia de alcohol y drogas, agresión sexual, discapacidades de adultos y enfermedades infecciosas, incluido el VIH. La denegación de información dará como resultado que dichos registros confidenciales no se divulguen. Si no desea que se divulgue dicha información, indique que se excluirá la información: \_\_\_\_\_.**

Esta autorización es válida para registros de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ /  Atención actual.

\_\_\_\_\_ Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Mi revocación debe ser por escrito y proporcionada al gerente de la oficina de HVV. Soy consciente de usar y/o divulgar mi Información de Salud Protegida que he actuado en base a esta autorización. Entiendo que no tengo que firmar esta autorización y que HVV no puede condicionar el tratamiento a si firmo esta autorización. Además, entiendo que la(s) persona(s) u organización(es) autorizada(s) para recibir información puede ser divulgada de nuevo y ya no estaría protegida por las regulaciones federales de privacidad.

\_\_\_\_\_ Acepto que una copia de este comunicado o un fax de este comunicado debe ser válido como el comunicado original. Si autorizo a HVV a enviar información por fax, me doy cuenta de que existen riesgos hereditarios al enviar por fax información médica protegida.

Entiendo que recibiré una copia de este formulario después de asignarlo a pedido.

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del paciente o representante del paciente      Fecha de nacimiento      Fecha de hoy

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