

\_\_\_\_\_ tiene una cita  
el día \_\_\_\_\_ a la(s) \_\_\_\_\_  am  pm para una evaluación de las venas.

Complete los formularios adjuntos y devuélvalos por correo en el sobre proporcionado lo antes posible.  
*No podemos continuar con su consulta hasta que recibamos estos formularios con su firma.*

1. Tendrá una evaluación inicial con Mario H. González, M.D. y/o Ellen Kahn, RN, FNP. El Dr. González es un Diplomado del Consejo Estadounidense de Medicina Venosa y Linfática y es también Cirujano Certificado por el Consejo. La Sra. Kahn es una Enfermera Especializada en Práctica Clínica Avanzada (Family Nurse Practitioner) con formación especializada en Medicina Venosa y Linfática. El Dr. González revisará toda la documentación médica y realizará todos los procedimientos de venas que sean medicamente necesarios.
2. **La visita de consulta durará aproximadamente 1 a 2 horas.** Usted verá un vídeo de diez minutos sobre el sistema venoso y el tratamiento de las venas varicosas. También se le hará un examen completo de sus venas. Es posible que se tomen fotografías de sus piernas puesto que las compañías de seguro pueden solicitar estas fotografías.
3. Será necesario realizar un examen de ultrasonido para averiguar si hay flujo sanguíneo anormal en sus venas, sobre todo para los pacientes con varices abultadas. Se le hará durante la consulta inicial o en otra cita programada. Este examen es breve e indoloro y se le explicará con más detalle durante su visita. Si se realiza el examen de ultrasonido, puede haber costos adicionales, que se pueden facturar a su compañía de seguros en la mayoría de los casos.
4. Se le presentará un plan de tratamiento antes de cualquier tratamiento o procedimiento. Este plan incluirá el número anticipado de visitas, el orden en el que se tratarán las venas y una estimación de los costos que tendrá que pagar. Es importante comprender que cada paciente es único, por lo que es posible que su tratamiento no siga exactamente el plan previsto.
5. Si tiene varices grandes, su tratamiento será realizado por el Dr. González. Si tiene arañas vasculares, su tratamiento será realizado por Joan Hill, RN o por Ellen Kahn, RN, FNP. La Sra. Hill tiene casi 20 años de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de venas varicosas y arañas vasculares cosméticas. Trata las arañas vasculares desde el año 2003 y es miembro activo de la Sociedad Americana de Medicina Venosa y Linfática desde el año 2005. La Sra. Kahn también está capacitada y tiene experiencia en el diagnóstico y escleroterapia de venas varicosas y arañas vasculares.
6. Costo de tratamiento: El costo anticipado (estimado) del tratamiento se le explicará con detalle antes de programar cualquier tratamiento recomendado. Cada plan de seguros tiene sus propias reglas sobre cómo se pueden facturar los tratamientos y cuanto pagará la compañía de seguros. Es responsabilidad del paciente pagar por el tratamiento de venas que se consideran cosméticas según las reglas de la compañía de seguros.
7. Nuestra expectativa es que Ud. pague en el momento de cada visita por el servicio prestado ese día (copagos y coseguro para pacientes con seguro médico; pagos completos para pacientes que pagan en efectivo). Se aceptan VISA, MasterCard, American Express, Discover y Care Credit. Debido a que las compañías de seguro no pagan por el tratamiento de las venas cosméticas, no se presentarán reclamaciones de seguro por el tratamiento de venas cosméticas.
8. Elmore Medical Vein & Laser Treatment Center se estableció en 1990. Nuestro consultorio ofrece la gama completa de opciones de tratamiento para sus problemas venosos. Esperamos que disfrute su experiencia en nuestro consultorio y que se sienta a gusto. También esperamos que comprenda bien el problema venoso que padece y su plan de tratamiento. Le animamos para que haga preguntas a nuestro personal en cualquier momento. Nos dedicamos a brindarle el tratamiento de enfermedades venosas más avanzado y de la más alta calidad que esta disponible en la actualidad.

*Favor de tener en cuenta que si su compañía de seguros requiere una derivación de su doctor de cabecera (por ejemplo, si tiene un plan HMO), debe asegurarse de que la derivación se reciba en este consultorio antes de su cita programada.*

**Firma** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**PATIENT INFORMATION** (please print)

Race: Caucasian Hispanic Other: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE** (escriba en letra legible)

De raza: *Caucásica* *Hispana* *Otra*

Name \_\_\_\_\_ Male Female Date of Birth \_\_\_\_\_

*Nombre* *Hombre* *Mujer* *Fecha de nacimiento*

Address *Dirección* \_\_\_\_\_ City *Ciudad* \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Home Phone *Tel. de casa* \_\_\_\_\_ Cell Phone *Tel. celular* \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Marital Status: Married Single Widowed Divorced Preferred Language: \_\_\_\_\_

*Estado civil* *Casado/a* *Soltero/a* *Viudo/a* *Divorciado/a* *Idioma preferido*

Name of Spouse \_\_\_\_\_ Spouse's Phone # \_\_\_\_\_ Spouse's Date of Birth: \_\_\_\_\_

*Nombre de esposo/a* *Tel. de esposo/a* *Fecha de nacimiento de esposo/a*

**Employment Information** (If patient is a minor, please give parent's information)

**Información de empleo** (Si el/la paciente es menor de edad, ponga la información de los padres)

Patient's (Parent's) Employer \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

*Empleador de paciente (o del padre/de la madre)* *Tel. de trabajo*

Employer's Address *Dirección* \_\_\_\_\_ City *Ciudad* \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Spouse's (Parent's) Employer \_\_\_\_\_ Work Phone \_\_\_\_\_

*Empleador de esposo/a (o del padre/de la madre)* *Tel. de trabajo*

Employer's Address *Dirección* \_\_\_\_\_ City *Ciudad* \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Other Contact** (Nearest relative not living with you or friend to contact if necessary)

**Otro Contacto** (Pariente o amigo con quien podemos contactar si es necesario)

Name *Nombre* \_\_\_\_\_ Relationship *Relación* \_\_\_\_\_ Phone *Tel.* \_\_\_\_\_

Referred by *Fuente de derivación médica* \_\_\_\_\_

**Primary Care Physician** \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

**Doctor de cabecera/atención primaria** *Número de teléfono*

Address *Dirección* \_\_\_\_\_ City *Ciudad* \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Insurance Coverage Cobertura de seguro**

**Insurance Company** *Compañía de seguros* \_\_\_\_\_

Provider Benefits Phone # *Tel.* \_\_\_\_\_ Policy Holder *Titular de la póliza* \_\_\_\_\_

ID/Subscriber # *Número de identificación* \_\_\_\_\_ Group # *Número de grupo* \_\_\_\_\_

Billing Address *Dirección de facturación* \_\_\_\_\_

**2nd Insurance Company** *Compañía de seguros (seguro secundario)* \_\_\_\_\_

Provider Benefits Phone # *Tel.* \_\_\_\_\_ Policy Holder *Titular de la póliza* \_\_\_\_\_

ID/Subscriber # *Número de identificación* \_\_\_\_\_ Group # *Número de grupo* \_\_\_\_\_

Billing Address *Dirección de facturación* \_\_\_\_\_

I hereby authorize/request payment of my insurance benefits directly to Elmore Medical Vein & Laser Treatment Center. A photocopy of my signature shall be considered as the original. I understand that the patient is responsible to pay for all fees, regardless of insurance coverage. I give permission for my medical records necessary to process claims to be released to my insurance carrier(s).

*Por la presente autorizo/solicito el pago de mis beneficios de seguro directamente a Elmore Medical Vein & Laser Treatment Center. Una fotocopia de mi firma será equivalente al original. Entiendo que el paciente es responsable de pagar todos los cargos, sin importar la cobertura del seguro. Doy permiso para entregar a mi(s) compañía(s) de seguros todos los registros médicos que sean necesarios para procesar reclamaciones.*

**Signature** *Firma* \_\_\_\_\_ **Date** *Fecha* \_\_\_\_\_

**HEALTH INFORMATION** (please print) **INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD** (escriba en letra legible)

Name *Nombre* \_\_\_\_\_ Age *Edad* \_\_\_\_\_ Height *Altura (pies)* \_\_\_\_\_ ft. \_\_\_\_\_ in.

Weight *Peso (libras)* \_\_\_\_\_ lbs.

When did you first notice enlarged veins, pain or swelling? \_\_\_\_\_

*¿Cuándo notó por primera vez venas dilatadas, dolor, o hinchazón?*

What is your occupation *¿Cuál es tu ocupación?* \_\_\_\_\_

How many hours spent standing/sitting daily? *¿Cuántas horas está de pie al día?* \_\_\_\_\_ sitting? *¿sentado/a?* \_\_\_\_\_

Is one leg worse than the other? *¿Cuál pierna se siente peor?*  right *derecha*  left *izquierda*  same *iguales*

Have you had any surgery or injury to your legs, with swelling?

*¿Ha tenido una operación o lesión en la(s) pierna(s) que causó hinchazón?*

Yes *Sí*  No

**Females only:** *marcar si es cierto*  
**Para las mujeres solamente**

Are you pregnant?

*¿Está embarazada?*

If so, due date? \_\_\_\_\_

*Si lo estás, ¿fecha de parto?*

Are you breastfeeding?

*¿Sigue dando pecho?*

Currently taking hormones?

*¿Toma hormonas?*

Currently on birth control pills?

*¿Toma píldoras anticonceptivas?*

Number of pregnancies? \_\_\_\_\_

*Número de embarazos*

Number of deliveries? \_\_\_\_\_

*Número de partos*

Dates of delivery? \_\_\_\_\_

*Fechas de parto*

Pressure or heaviness in pelvic area?

*¿Tiene presión o pesadez en la zona pélvica?*

Yes *Sí*  No

Please check all that apply  
Marque las casillas que corresponden a los síntomas que tiene o ha tenido en las piernas

Leg pain <input type="checkbox"/>	<i>Dolor en las piernas</i>
Aches/discomfort <input type="checkbox"/>	<i>Malestar en las piernas</i>
Pressure/congestion <input type="checkbox"/>	<i>Presión/congestión</i>
Swelling? <input type="checkbox"/>	<i>Hinchazón</i> <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> L
Itching <input type="checkbox"/>	<i>Comezón</i>
Appearance <input type="checkbox"/>	<i>Aspecto</i>

Have you ever had these issues?  
Marque las casillas si tiene o ha tenido estos problemas alguna vez

Clots in legs (phlebitis) <input type="checkbox"/>	<i>Coágulos en las piernas (flebitis)</i>
Deep vein thrombosis <input type="checkbox"/>	<i>La trombosis venosa profunda</i>
Lung clot (embolus) <input type="checkbox"/>	<i>Coágulo (émbolo) de pulmón</i>
Leg/ankle ulcers <input type="checkbox"/>	<i>Úlceras de pierna/tobillo</i>
Discoloration of skin on legs <input type="checkbox"/>	<i>Decoloración de la piel en las piernas</i>
Have you taken blood thinners? <input type="checkbox"/>	<i>¿Ha tomado anticoagulantes?</i>
Currently on blood thinners? <input type="checkbox"/>	<i>¿Actualmente toma anticoagulantes?</i>

List all operations, hospitalizations, or serious illnesses, including previous vein treatments: \_\_\_\_\_ Dates: Fechas \_\_\_\_\_

*Enumere todas las operaciones, hospitalizaciones, o enfermedades graves que ha tenido, incluidos los tratamientos anteriores de las venas. Indique también las fechas de cada uno.*

\_\_\_\_\_

**List all allergies:** (No allergies? Write "none") \_\_\_\_\_

*Enumere todas las alergias que tiene (si no las tiene, escriba "ninguna")*

Have you ever had previous injection therapy of your veins?  Yes *Sí*  No *No* Dates *Fechas* \_\_\_\_\_

*¿Ha recibido alguna vez una terapia de inyección para enfermedad de las venas?*

Results of treatment: *Resultados de tratamiento* \_\_\_\_\_

Have you had any vein treatment?  Yes *Sí*  No *No* Dates *Fechas* \_\_\_\_\_

*¿Ha recibido en el pasado algún tipo de tratamiento para las venas?*

Results of treatment: *Resultados de tratamiento* \_\_\_\_\_

**Blood-related family members with vein problems:** \_\_\_\_\_

*Parientes consanguíneos con problemas en las venas*

Do you have, or have you ever had any of the following? (If yes, please check the box and list the dates)  
*¿Cuáles de estos problemas tiene o ha tenido en el pasado? (En caso afirmativo, marque la casilla y enumere las fechas)*

	<u>Dates</u>		
Diabetes <input type="checkbox"/>	_____	Asthma (Is it controlled?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> _____
		<i>Asma (¿Está bajo control?)</i>	
Cancer type: <input type="checkbox"/>	_____	Heart disease or heart attack	<input type="checkbox"/> _____
<i>Cáncer (Tipo:)</i> _____		<i>Enfermedad cardíaca o ataque cardíaco</i>	
Thyroid disease <input type="checkbox"/>	_____	Migraine (aura? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No)	<input type="checkbox"/> _____
<i>Enfermedad de tiroides</i>		<i>Migraña (¿Con aura?)</i>	
Jaundice or hepatitis <input type="checkbox"/>	_____	Easy bruising or free bleeding	<input type="checkbox"/> _____
<i>Ictericia o hepatitis</i>		<i>Moretones excesivos o sangrado excesivo</i>	
High blood pressure <input type="checkbox"/>	_____	Bleeding or clotting disorder	<input type="checkbox"/> _____
<i>Alta presión sanguínea</i>		<i>Trastorno hemorrágico o de la coagulación</i>	
		Major injury or surgery on your legs	<input type="checkbox"/> _____
		<i>Lesión grave o cirugía en las piernas</i>	

If you have high blood pressure, is it controlled with medication?  Yes *Sí*  No  
*Si tiene presión arterial alta, ¿se controla con medicamentos?*

Have you ever smoked? *¿Fuma o ha fumado?*  Yes *Sí*  No *No* Still smoking? *¿Sigue fumando?*  Yes *Sí*  No

Chewing tobacco? *¿Mastica tabaco?*  Yes *Sí*  No

How much? *¿Cuánto fuma o fumaba?* \_\_\_\_\_ How long? *¿Por cuánto tiempo?* \_\_\_\_\_

When did you quit? *¿Cuándo dejó de fumar?* \_\_\_\_\_

Do you exercise? *¿Hace ejercicio?*  Yes *Sí*  No

How often? *¿Con qué frecuencia?*  Frequently *Frecuentemente*  Seldom *A veces*  Rarely *Raramente*  Never *Nunca*

Do you drink alcohol? *¿Toma alcohol?*  Yes *Sí*  No

How often? *¿Con qué frecuencia?*  Frequently *Frecuentemente*  Seldom *A veces*  Rarely *Raramente*  Never *Nunca*

In the past year, have you consumed more than 4-5 drinks in one occasion? Yes *Sí* No

*En el último año, ¿ha consumido más de 4-5 bebidas en una sola ocasión?*

If yes, how often? *Si es cierto, ¿con qué frecuencia?* \_\_\_\_\_

Have you had a flu shot this season? *¿Ha recibido una vacuna contra la influenza esta temporada?* Yes *Sí* No

If not, why? *Si no la ha recibido, ¿por qué no?* Allergy *Alergia* Refusal *rechazo*

Have you had a pneumonia vaccination? Yes *Sí* No

Have you ever completed an Advanced Directive or Durable Power of Attorney for Healthcare? Yes *Sí* No

*¿Ha completado alguna vez una directiva anticipada o un poder notarial duradero para el cuidado de la salud?*

If yes, please list the person you have appointed to make your healthcare decision:

Si es así, indique la persona que ha designado para tomar sus decisiones de atención médica: \_\_\_\_\_

**Signature *Firma*** \_\_\_\_\_ **Date *Fecha*** \_\_\_\_\_  
*(Insured or authorized person) (Persona asegurada o autorizada)*

**POSSIBLE INSURANCE REQUIREMENTS PRIOR TO TREATMENT**  
**POSIBLES REQUISITOS DEL SEGURO PARA ANTES DEL TRATAMIENTO**

- Some insurance companies are requiring that **patients have a trial of conservative or alternative therapies**, such as support stockings, exercise and leg elevation for a 3-6 month period before they will consider payment of recommended varicose vein treatments.

*Algunas compañías de seguros requieren que los pacientes intenten **terapias conservadoras/alternativas**, tales como medias de compresión/soporte, ejercicio, y elevación de piernas, durante un periodo de 3 a 6 meses antes de autorizar el pago de los tratamientos recomendados.*

- This can be any **cumulative** 3-6 month period in your life.

*Este periodo puede ser **acumulativo**, o sea, un total combinado de 3 a 6 meses durante toda la vida.*

- If you have not tried support stockings, you may want to begin wearing them prior to your initial visit with us, Wal-Mart, JCPenney, and most drug stores carry support stockings/socks that may fulfill this requirement.

*Si no ha usado las medias de compresión/soporte anteriormente, le conviene empezar a usarlas antes de su consulta. Walmart, JC Penney, y la mayoría de farmacias venden medias o calcetines de compresión que podrían cumplir con este requisito.*

**Please answer the following questions in detail to help us obtain the necessary pre-certification from your insurance company for treatments that may be required. If you have not tried the conservative treatment for the required time as dictated by the insurance company, it may be necessary to delay your treatment until you have tried the alternative therapies.** Please note that **pre-certification is not a guarantee of payment**, but a requirement prior to treatment by most insurance companies.

Responda a las siguientes preguntas en detalle para ayudarnos a obtener la pre-certificación de su compañía de seguros para los tratamientos que puedan ser necesarios. **Si no ha probado los tratamientos conservadores/alternativos por el tiempo que requiere la compañía de seguros, podrá ser necesario retrasar el tratamiento hasta que los haya probado.** Tenga en cuenta que la pre-certificación no es una garantía de que el seguro pague, pero sí lo requiere la mayoría de compañías de seguro antes del tratamiento.

**SUPPORT STOCKINGS** **MEDIAS DE COMPRESIÓN/SOPORTE**

**In your entire lifetime**, have you ever tried/worn Support Stockings?  YES *sí*  NO  
*¿En algún momento de la vida, ha probado/usado medias de soporte/compresión?*

In all, **how long** did you wear support stockings? \_\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_\_ DAYS  
*¿En total, por cuánto tiempo usaba o ha usado las medias de soporte?* AÑOS MESES DÍAS

What were your results of wearing stockings? *¿Cuáles fueron los resultados de usar las medias?*

**EXERCISE AND LEG ELEVATION** **EJERCICIO Y ELEVACIÓN DE PIERNAS**

Have you tried exercise or elevation of your leg(s)?  YES *sí*  NO  
*¿Ha intentado ejercicio o elevación de las piernas?*

**How long** did you try leg elevation?

*¿Por cuánto tiempo probó la elevación de piernas?*

\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
AÑOS MESES DÍAS

**How long** did you try exercise?

*¿Por cuánto tiempo probó ejercicio?*

\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
AÑOS MESES DÍAS

Was this helpful for your leg(s)? *¿Le sirvieron estas medidas para sus piernas?* \_\_\_\_\_

**OTHER PREVENTATIVE MEASURES OTRAS MEDIDAS PREVENTIVAS**

Massage  YES *sí*  NO  
*Masaje*

For how long?  
*¿Por cuánto tiempo?*

\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
AÑOS MESES DÍAS

Diuretics  YES *sí*  NO  
*Diuréticos*

For how long?  
*¿Por cuánto tiempo?*

\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
AÑOS MESES DÍAS

Weight Loss  YES *sí*  NO  
*Pérdida de peso*

For how long?  
*¿Por cuánto tiempo?*

\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
AÑOS MESES DÍAS

Do you try to avoid prolonged sitting and/or standing for long periods?  YES *sí*  NO  
*¿Intenta evitar estar sentado y/o parado por mucho tiempo?*

Were any of these measures helpful for your leg(s)?  YES *sí*  NO  
*¿Le sirvió alguna de estas medidas para sus piernas?*

Do you have any of the following symptoms associated with your legs while sitting, or after standing and walking, especially at the end of the day?

*¿Se le ha dado alguno de estos problemas en las piernas, al estar sentado mucho tiempo, o después de estar de pie y caminar, especialmente al final del día?*

Aches & Discomfort  Swelling  Itching  Heaviness in legs  None  
*Dolores y malestar Hinchazón Comezón Pesadez en las piernas Ninguno de estos problemas*

Do you take medication for your leg pain or leg swelling?  YES *sí*  NO  
*¿Toma algún medicamento para el dolor o hinchazón en las piernas?*

If yes, what medication(s) do you take? \_\_\_\_\_  
*¿Cuál(es) medicamento(s) toma para estos síntomas?*

If yes, how long have you used medication? \_\_\_\_\_ YEARS \_\_\_\_ MONTHS \_\_\_\_ DAYS  
*¿Por cuánto tiempo lo(s) toma?* AÑOS MESES DÍAS

Check boxes of activities that you have to limit or sit down, because your legs become tired, ache, hurt, throb or feel heavy: *Indique cuáles actividades tiene que limitar o detener, debido a cansancio, dolor, ardor, presión, o pesadez en las piernas:*

- Doing dishes  Exercise  Mowing the Lawn  Dancing  Walking  
*Lavar platos Hacer ejercicio Cortar el césped Bailar Pasear/caminar*
- Housework  Standing at work  Yard Work  Shopping  Hiking  
*Tareas del hogar Estar de pie en el trabajo Trabajar en el jardín Ir de compras Ir de excursión*
- Vacuuming  Sitting at work  Climbing Stairs  Running  Other \_\_\_\_\_  
*Pasar la aspiradora Estar sentado en el trabajo Subir escaleras Correr Otra actividad*

NONE OF THESE APPLY *Ninguna de estas opciones*



Patient Name (please print): *Nombre del paciente (escriba en letra legible)*

Date of birth: *Fecha de nacimiento*

---

---

---

Patient Signature *Firma del paciente*

---

Date *Fecha*





**Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud  
(Health Insurance Portability and Accountability Act)  
Formulario de consentimiento del paciente**

A nuestros pacientes: Agradecemos su tolerancia con estos formularios de consentimiento que ahora son requeridos por las nuevas regulaciones federales.

La Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud se ha establecido para asegurar que la información médica personal se mantenga privada y protegida y para proporcionar un estándar para que los proveedores de atención médica obtengan el consentimiento de sus pacientes para el uso y la divulgación de información médica sobre el paciente para los propósitos de tratamiento, pago y procedimientos relacionados con su atención médica.

Como nuestro paciente, queremos que sepa que respetamos la privacidad de sus registros médicos personales y haremos todo lo posible por asegurar y proteger su privacidad. Nos esforzamos por tomar siempre precauciones razonables para proteger su privacidad. Cuando es apropiado, proporcionamos la información necesaria a las personas que participan en su atención médica a fin de brindar la atención médica que más le conviene. Todos nuestros empleados, gerentes y médicos reciben capacitación regular para comprender y cumplir con las reglas gubernamentales con respecto a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico. Nos esforzamos por alcanzar los más altos estándares de ética e integridad en la prestación de servicios a nuestros pacientes.

También apoyamos su acceso completo a sus registros médicos personales. Puede negarse a dar su consentimiento para el uso o la divulgación de su información de salud personal, pero debe hacerlo por escrito. Según esta ley, tenemos derecho a negarnos a tratarlo si decide negarse a divulgar su información médica personal. Si opta por dar su consentimiento en este documento, en el futuro podrá revocarlo por escrito. No puede revocar acciones que ya se hayan tomado y que se basaron en este consentimiento o en uno que se firmó previamente. Tiene derecho a solicitar una copia de los avisos completos de nuestras prácticas de privacidad.

Doy mi consentimiento para que me tomen unas fotos al principio y durante el curso de mi tratamiento. Entiendo que las imágenes se usarán para evaluar y monitorear el progreso de mi tratamiento, y para proporcionar prueba de necesidad médica a mi compañía de seguros. Entiendo que las fotos pueden usarse sin mi nombre con fines educativos y promocionales.

Doy mi consentimiento para que Elmore Medical Vein & Laser Treatment Center me llame por teléfono o por mensaje texto (SMS message) o me envíe un postal por correo para recordarme de mi próxima cita, o para que me llame para discutir los resultados de las pruebas, los planes de tratamiento, etc. Pueden intentar comunicarse conmigo en casa o en el trabajo. Si no estoy disponible para contestar el teléfono, me gustaría que un empleado mande un texto o puede dejar un breve mensaje recordatorio. Soy consciente de que, si no me presento a una cita programada que no he cancelado con veinticuatro horas de anticipación, se me puede facturar \$50.00.

Doy mi consentimiento para que se envíe un resumen de mi evaluación y los resultados de mis pruebas y tratamiento a mi médico de atención primaria y a otros médicos que participan en mi atención médica.

Nombre del paciente (escriba en letra legible): \_\_\_\_\_

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Los tratamientos para las arañas vasculares se consideran cosméticos y la mayoría de las compañías de seguros no cubren estos tratamientos. Elmore Medical no facturará al seguro ningún tratamiento para las arañas vasculares. Entiendo que soy responsable del pago total en el momento de cada tratamiento cosmético. Si por alguna razón mi seguro reembolsara alguna parte de este tratamiento, Elmore Medical me reembolsará enseguida lo que paga el seguro, pero no aceptará esa cantidad como pago total.

Esto también se aplica a las medias de compresión. Como cortesía y para la comodidad de nuestros pacientes, vendemos medias de compresión a un precio razonable. Elmore Medical no factura al seguro por las medias, ya que algunas compañías de seguros pagan menos de nuestro precio de compra. Si el seguro reembolsa una parte de estas medias a Elmore Medical, reembolsaremos al paciente lo que paga el seguro, pero no aceptaremos esa cantidad como pago total.

Firma del paciente: \_\_\_\_\_

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



Estimado Paciente,

Le pedimos amablemente que no se ponga loción en las piernas cuando venga para su consulta y tratamientos.

Si tiene loción en las piernas, será más difícil la realización de la ecografía (ultrasonido) lo cual puede también interferir con la interpretación de los resultados.

Gracias por su cooperación.

Mario Gonzalez, M.D.  
Elmore Medical

**ELMORE MEDICAL VEIN & LASER TREATMENT CENTER**

Mario H. Gonzalez, M.D.  
7131 N. Eleventh, Suite 101  
Fresno, CA 93720  
(559)435-0717

We are located near Cedar and Herndon.  
Heading north on Cedar, Eleventh Street is  
the **FIRST SIGNAL LIGHT** north of Herndon.  
(If you get to Spruce, you've gone too far)  
**LEFT** on Eleventh, we are the second  
office building on the right hand side.

