



**Jose I. Almeida, MD, FACS, RVT**  
Diplomate, American Board of Surgery- Vascular  
Diplomate, American Board of Surgery- General  
1501 South Miami Avenue, Miami, FL 33129  
Office: 305.854.1555 • Fax: 786.541.2101

**Registración del Paciente**

Fecha:

Pt. #:

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

SS#:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código Postal :

Teléfono de casa #:

Teléfono del Trabajo #:

Celular #:

Email:

Fax#:

Sexo:( Circule )    M    F

Estatu civil    S    C    D    V

Empleador:

Ocupación:

Dirección de Empleo:

Nombre de Esposa/a:

# Teléfono:

Contacto de Emergencia:

#Teléfono:

Médico Primario:

#Teléfono:

Médico que lo refirió

#Teléfono:

**Recomendado por:** Médico    Amistad    Periódico    Internet    Otro:

Yo, el susodicho y/o garante, por este medio autorizo que se paguen cualesquiera beneficios pagaderos a mí bajo mi póliza de seguro de acuerdo con la presente cesión. Por este medio, autorizo, cedo y transfiero de la siguiente manera cualesquiera beneficios pagaderos a mí bajo al antedicho contrato por concepto de servicios hospitalarios, médicos y/o quirúrgicos prestados al mencionado paciente en la medida en que sea necesaria para cubrir los gastos de dichos servicios.

Copias fotostáticas de la presente cesión relacionadas a cualquier servicio prestado por José I. Almeida, MD, PA y/o el médico se considerarán efectivas y válidas como el original.

**Acuerdo financiero/Autorización de pago**

1. Los servicios son pagaderos en el momento en que se presten. Los servicios a miembros de los HMO, PPOS y cuidados dirigidos [Managed Care] se pueden facturar solamente si nuestro centro tiene un contrato con la compañía en el momento en que se preste dicho servicio, además de una autorización válida. Todos los co-pagos, co-seguros y deducibles son enteramente responsabilidad del paciente. TODOS LOS PROCEDIMIENTOS que se clasifiquen como COSMETICOS son pagaderos en el momento en que se brinde el servicio.

2. POR ESTE MEDIO ME COMPROMETO O COMPROMETO AL GARANTE A PAGAR LA CUENTA DE Jose I Almeida, MD, PA/VitalMD Holding Group LLC , DE ACUERDO A LOS TERMINOS Y LA TARIFA DEL CENTRO/MEDICO por concepto de los servicios que me han prestado. En caso de que haya que remitir la cuenta a un abogado o a una agencia de cobro, será mi obligación pagar el gasto del abogado y los gastos de cobro. Toda cuenta morosa que se remita a un abogado y/o agencia de cobro devengará intereses a una tasa de interés dentro de la ley.

3. Por este medio, autorizo que se pague directamente a Jose I. Almeida, MD, PA, VitalMD Holding Group LLC y/o al médico cualquier beneficio del seguro por lo demás pagadero a mí por los servicios que me han prestado, a una tasa que no debe exceder el costo usual de Jose I. Almeida, MD, PA/médico/ VitalMD Holding Group LLC

4. Por la presente, hago constar que soy el paciente o que estoy debidamente autorizado por el paciente y/o garante a ejecutar el presente documento y a aceptar los términos del mismo.

5. Si estoy asegurado por el Medicare, hago constar que está correcta la información del Social Security Administration Act que se me suministró para solicitar el pago bajo el título XVIII.

Por este medio autorizo a Jose I Almeida, MD, PA/VitalMD Holding Group LLC y/o a nuestro Departamento de facturación a actuar como agente al enviar la factura al Medicare o a cualquier seguro de salud que cubra los servicios prestados por el médico y/o por Jose I Almeida, MD, PA./VitalMD Holding Group LLC

\_\_\_\_\_ He recibido una copia del Acto de Privacidad de los Pacientes (HIPAA).  
**Iniciales**

X \_\_\_\_\_

**Firma del Paciente/Garante**

\_\_\_\_\_

**Fecha:**

**Nombre del Paciente (letra de molde):** \_\_\_\_\_

**Relación (Si no es Paciente):** \_\_\_\_\_

**HISTORIA**

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

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Edad:** \_\_\_\_\_

**Altura:** \_\_\_\_\_ **Peso:** \_\_\_\_\_ **Sexo:**  Masculino  Femenino: \_\_\_\_\_ # de Embarazos

**Propósito de su visita:** \_\_\_\_\_

**Síntomas de las Piernas: (Marqué lo que aplique)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor:                  | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Dolor al Caminar        | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | Distancia que puede caminar sin dolor: _____   |
| <input type="checkbox"/> Pesadez:                | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Hinchazón:              | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Dolor punzante:         | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Picazón                 | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Cambios en la piel      | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Impacto en actividades: | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Sangramiento:           | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Ulceras:                | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> De vez en cuando <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |

❖ **Terapia Conservativa: ¿Ha tratado lo siguiente?**

Elevación de piernas:  No  Si  
Medias de compresión:  No  Si :  Más de 3 meses  Más de 6 meses

Sufre de dolor pélvico?

**Historia Pasada: (Marqué lo que aplique)**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Presión Alta                  | <input type="checkbox"/> Asma                                    |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                      | <input type="checkbox"/> Migrañas                                |
| <input type="checkbox"/> Colesterol Alto               | <input type="checkbox"/> Apnea del Sueño                         |
| <input type="checkbox"/> Fumador(a)/ Presente o Pasado | <input type="checkbox"/> SVT- (coágulos de sangre superficiales) |
| <input type="checkbox"/> Infarto                       | <input type="checkbox"/> DVT- (coágulos de sangre)               |
| <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral              | <input type="checkbox"/> PE (Embolia pulmonar)                   |
| <input type="checkbox"/> Ulceras del Estómago          | <input type="checkbox"/> Varicocele                              |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Tiroides         | <input type="checkbox"/> Otro: _____                             |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: _____                 |  |

**Historia quirúrgica venosa:**

- |   |                              |                              |  |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ablación           | <input type="checkbox"/> Der | <input type="checkbox"/> Izq | <input type="checkbox"/> Scleroterapia con espuma                                | <input type="checkbox"/> Der | <input type="checkbox"/> Izq |
| <input type="checkbox"/> Extirpación venosa | <input type="checkbox"/> Der | <input type="checkbox"/> Izq | <input type="checkbox"/> Colocación de malla metálica /stent en una vena iliaca? | _____                        |                              |
| <input type="checkbox"/> Flebectomía        | <input type="checkbox"/> Der | <input type="checkbox"/> Izq |  |                              |                              |
| <input type="checkbox"/> Scleroterapia      | <input type="checkbox"/> Der | <input type="checkbox"/> Izq |  |                              |                              |

Doctor que lo hizo: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

**Historia de otras cirugías (Favor de enlistar todas las cirugías que ha tenido)**

---



---



---

**Medicinas Que Está Tomando:**

- Anticonceptivo                       Uso de anticoagulante / tiempo de uso: \_\_\_\_\_

**Otras medicinas:** \_\_\_\_\_

---



---

**Alergias a medicinas:**

Tiene alergia a la anestesia  Si  No                      Alergia al yodo?  Si  No

Otras Alergias: \_\_\_\_\_

Historia Familiar de enfermedad Venosa  Madre  Padre : \_\_\_\_\_

Esta amamantando a su bebé:  Si  No

Esta Embarazada?  No  Si:                       1<sup>st</sup> trimestre  2<sup>nd</sup> trimestre  3<sup>rd</sup> trimestre

\_\_\_\_\_  
**Patient's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Jose I. Almeida, MD**

EL PRESENTE AVISO EXPLICA CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED Y CÓMO PUEDE USTED OBTENER DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR LÉALO DETENIDAMENTE.  
FAVOR DE PONERSE EN CONTACTO CON NUESTRA DIRECTORA DE OPERACIONES SI TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE ESTE AVISO.

**NUESTRAS OBLIGACIONES:**

La ley estipula que nosotros debemos:

- ❖ Mantener privada la información sobre su salud;
- ❖ Entregarle el presente aviso sobre nuestras responsabilidades y los métodos que usamos para mantener privada su información médica; y
- ❖ Cumplir con las condiciones del presente aviso vigentes al presente.

**CÓMO PODREMOS USAR Y DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA SOBRE USTED**

A continuación encontrará una explicación de cómo podremos usar y divulgar información médica que le identifica a usted (“información médica”). Podremos usar y divulgar su información médica solamente con su expresa autorización por escrito, excepto en los casos que se explican más abajo. Usted podrá revocar dicha autorización cuando lo desee por medio de una notificación por escrito a nuestra directora de operaciones.

- ❖ **Tratamientos.** Podremos usar y divulgar su información médica si la misma tiene que ver con su tratamiento, o con el fin de brindarle servicios médicos relacionados al tratamiento. Por ejemplo, podremos divulgar su información médica a doctores, enfermeras, técnicos u otro personal (que puede incluir personas fuera de nuestra oficina) que puedan necesitar la información en relación a dicho tratamiento.
- ❖ **Pagos.** Podremos usar y divulgar su información médica para facturar (otros o nosotros mismos) o recibir pago de usted, de una compañía de seguros o de terceros por el costo del tratamiento y los servicios que usted haya recibido. Por ejemplo, podremos suministrarle información sobre usted a su plan médico con el fin de que cubran el costo del tratamiento que usted haya recibido.
- ❖ **Actividades relacionadas al cuidado de la salud.** Podremos usar y divulgar su información médica para llevar a cabo actividades relacionadas al cuidado de la salud. Dichos usos y divulgaciones son necesarios para garantizar que todos nuestros pacientes reciban una atención superior y para el debido manejo y la buena administración de nuestra oficina. Por ejemplo, pudiéramos usarlo con el fin de evaluar la manera en que nos comunicamos con nuestros pacientes. También pudiéramos compartir su información médica con otras entidades o individuos que tengan que ver con usted, como es su médico de cabecera.
- ❖ **Recordatorio de cita e información sobre nuestros centros.** Podremos usar su información médica para enviarle avisos sobre su cita en nuestro(s) centro(s) o sobre nuevos servicios que se empiecen a brindar en nuestro centro.
- ❖ **Para brindar información sobre otros tratamientos médicos.** Podremos usar y divulgar su información médica con el fin de obtener informes de utilidad a nuestro departamento de control de calidad. Por ejemplo, pudiéramos compartir su información médica con otro doctor para obtener el resultado de una biopsia, como lo exige la ley de acuerdo al *Mammography Quality Standards Act (MQSA)* para el control de calidad en los resultados de las mamografías.
- ❖ **Individuos involucrados en su cuidado o en el pago de su cuidado.** Pudiera ser necesario compartir su información médica con miembros de su familia o con una amistad allegada. Por ejemplo, pudiéramos informarle a alguien cercano a usted que usted ha llegado a nuestro centro.

**CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES:**

- ❖ **Por ley.** Divulgaremos información médica cuando lo requieran las leyes internacionales, federales, estatales o locales.
- ❖ **Para evitar una amenaza seria a la salud o la seguridad.** Podremos usar y divulgar su información médica cuando sea necesario para evitar una amenaza seria a su salud o seguridad, o a la salud o seguridad del público o de otra persona. Sin embargo, dicha información se le divulgará solamente a aquellas personas que puedan ayudar a evitar la amenaza.
- ❖ **Asociados.** Podremos divulgar su información médica a negocios que actúan en nuestro nombre. Por ejemplo, algunos asociados nuestros hacen nuestras transcripciones o facturan nuestros cargos. Todos nuestros asociados están obligados a proteger la privacidad de su información médica y no pueden divulgar ninguna información excepto la que se estipule en el contrato.
- ❖ **Accidentes de trabajo.** Podremos dar a conocer información médica en casos de compensación por accidentes de trabajo o programas similares.
- ❖ **Seguimientos de actividades médicas por parte del gobierno.** Podremos divulgar información médica a agencias responsables del sistema de salud, a programas gubernamentales o en conformidad con otras leyes. Dichas actividades pueden incluir auditorías, investigaciones, inspecciones y otorgamiento de licencias.
- ❖ **Demandas y conflictos judiciales.** Podremos dar a conocer información médica en el caso de que hubiera un proceso judicial o administrativo pendiente. Por ejemplo, daremos a conocer información para acatar la orden de una corte o sentencias administrativas, una orden de comparecer a juicio, descubrimientos de pruebas u otro proceso legal.
- ❖ **Aplicación de la ley.** Podremos dar a conocer información médica si así lo exigen funcionarios encargados de imponer el cumplimiento de la ley, o cualquier funcionario federal autorizado.
- ❖ **Presos o individuos bajo custodia.** Si usted está detenido en un correccional o está bajo la custodia de funcionarios encargados de imponer el cumplimiento de la ley, podremos dar a conocer información médica a dicho correccional o funcionarios.

**SUS DERECHOS:**

Sus derechos con respecto a la información médica que tenemos sobre usted son los siguientes:

- ❖ **Derecho a examinar la información y a hacer copias.** Usted tiene el derecho a examinar y copiar información médica sobre usted que se pueda usar para tomar decisiones sobre su cuidado o sobre el pago del costo de su cuidado. Ello incluye documentos médicos y facturas. Debe pedir las copias de su información médica por escrito, a:

Miami Vein Center  
1501 S. Miami Ave.  
Miami, Fl. 33129

**QUEJAS:**

Si usted desea presentar una queja porque considere que su derecho a la privacidad ha sido violado, puede hacerlo directamente a nuestras oficinas o a la Secretaría del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Todas las quejas deben ser presentadas por escrito.

Patient Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

# E-mail Consent Form

Patient Name \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Patient E-mail address \_\_\_\_\_ Patient phone number \_\_\_\_\_

*The LLC and its Staff Members shall be referred to throughout this consent form as "Provider".*

## 1. RISK OF USING E-MAIL TO COMMUNICATE WITH YOUR PROVIDER:

Provider offers patients the opportunity to communicate by e-mail. Transmitting patient information by e-mail has a number of risks that patients should consider before using e-mail communication. These include, but not limited to, the following risks:

- a. E-mails can be circulated, forward, and stored in numerous paper and electronic files.
- b. E-mails can be immediately broadcast worldwide and be received by unintended recipients.
- c. E-mail senders can easily type in the wrong email address.
- d. E-mail is easier to falsify handwritten or signed documents.
- e. Backup copies of e-mail may exist even after the sender or recipient has deleted his or her copy.
- f. Employers and on-line services have a right to archive and inspect e-mails transmitted through their system.
- g. E-mail can be intercepted, altered, forward, or used without authorization or detection.
- h. E-mail can be used to introduce viruses into the computer system.
- i. E-mail can be used as evidence in court.

## 2. CONDITIONS FOR THE USE OF E-MAIL:

Provider will use reasonable means to protect the security and confidentiality of e-mail information sent and received. However, because of the risks outlined above, Provider cannot guarantee the security and confidentiality of e-mail communication, and will not be liable for improper disclosure of confidential information that is not caused by Provider's intentional misconduct. Thus, the patients must consent to the use of email for patient information. Consent to the use of e-mail includes agreement with the following conditions.

- a. All e-mails to or from the patient concerning diagnosis or treatment will be printed out and made part of the patients medical record. Because they are part of the medical record, other individuals authorized to access the medical record will have access to those e-mails.
- b. Provider may forward e-mails internally to Provider's staff and agent necessary for diagnosis, treatment, reimbursement, and other handling. Provider will not, however, forward emails to independent third parties without the patients prior written consent, except as authorized or required by law.
- c. The patient is responsible for protecting his/her password or other means of access to e-

## **E-mail Consent Form**

mail. Provider is not liable for breaches of confidentiality caused by the patient or any third party.

- d. Provider shall not engage in e-mail communication that is unlawful, such as unlawfully practicing medicine across state lines.
- e. It is the patient's responsibility to follow-up and/or schedule an appointment.

### **3. PATIENT RESPONSIBILITIES AND INSTRUCTIONS:**

To communicate by e-mail, the patient shall:

- a. Limit or avoid using his/her employer's computer.
- b. Inform Provider of changes in his/her e-mail address.
- c. Confirm that he/she has received and read the e-mail from the Provider.
- d. Put the patient's name in the body of the e-mail.
- e. Include the category of the communication in the e-mail's subject line, for routing purposes (e.g. billing and questions).
- f. Take precautions to preserve the confidentiality of e-mail, such as using screen savers and safeguarding his/her computer password.
- g. Withdraw consent only by e-mail or written communication to Provider.

### **4. TERMINATION OF THE E-MAIL RELATIONSHIP**

The Provider shall have the right to immediately terminate the e-mail relationship with you if determined in the sole Provider's discretion, that you have violated the terms and conditions set forth above or otherwise breached this agreement, or have engaged in conduct which the Provider determines to be unacceptable.

# E-mail Consent Form

## **PATIENT ACKNOWLEDGEMENT AND AGREEMENT**

I have discussed with the Provider or his/her representative and I acknowledge that I have read and fully understand this consent form. I understand the risks associated with the communication of e-mail between the Provider and me, and consent to the conditions herein. I agree to the instructions outlined herein, as well as any other instructions that my Provider may impose to communicate with patients by e-mail. Any questions I may have had were answered.

Patient Name (print) \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

## **HOLD HARMLESS**

I agree to indemnify and hold harmless the Provider and its trustees, officers, directors, employees, agents, information providers and suppliers, and website designers and maintainers from and against all losses, expenses, damages and costs, including reasonable attorney's fees, relating to or arising from any information loss due to technical failure, my use of the internet to communicate with the Provider, and any breach by me of these restrictions and conditions.

Patient Name (print) \_\_\_\_\_

Patient Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_