

Información del paciente **Nombre** _____

Razón para la evaluación: _____

Mis síntomas incluyen: dolor incomodidad malestar sensación de pesadez fatiga inflamación calambres
 ardor picazón piernas cansadas sangrado de una vena otro _____

¿Qué tipo de actividades impactan sus síntomas? estar de pie sentado caminar correr ejercicio
 obligaciones laborales tareas de la casa cocinar cambiarse bañarse ir de compras otro _____

Los síntomas empeoraron por: estar de pie menstruación embarazo calor caminar hacer ejercicio
 otro _____

Siente alivio con: elevar las piernas medias de compresión caminar ejercicio otro _____

¿Ha experimentado recientemente? fiebre glándulas inflamadas trastornos visuales sangra miento nasal
 dolores de cabeza migraña convulsiones dolor de pecho palpitaciones altas del corazón desmayo
 hinchazón de los tobillos silbidos en el corazón falta de aire acidez del estómago excremento oscuro o con
sangre sangre en la orina embarazo actual plan de embarazo futuro activamente amamantado dolor pélvico
 venas pélvicas dolor articular dolor de espalda ciática ansiedad depresión heridas de pierna que cicatrizan
lentamente erupciones en la piel del área del tobillo anemia

¿Que otros problemas médicos tienes? _____

Alguna vez has tenido: coágulos de sangre venosos embolia pulmonar (coágulos de sangre en el pulmón)
 lesión en una pierna fracturas de pierna cirugía de pierna inmovilización de la pierna úlcera de la pierna
 infección de la pierna (celulitis)

¿Alguna vez ha tenido alguna evaluación de venas o tratamiento? no ultrasonido de las piernas cirugía de las
venas ablación de láser escleroterapia otro _____

¿Qué medicamentos toma regularmente? _____ ninguno

¿Qué alergias a los medicamentos tiene? _____ ninguno

¿Eres alérgico al látex, a los adhesivos, a los vendajes, a las uñas postizas o a las pestañas postizas?
 no si _____

¿Cuántas veces has estado embarazada? _____ **¿Cuántos hijos tiene?** _____

¿Experimenta la formación de exceso de tejido cicatricial? no si _____

¿Se mareo o se desmaya por agujas o procedimientos médicos? no si _____

¿Alguna vez ha tenido una mala reacción a un anestésico local o un sedante? no si _____

Ocupación: _____ ama de casa retirado

¿Hace ejercicio regularmente? no si En caso afirmativo, ejercicio preferido _____

¿Usted fuma? no si En caso afirmativo, paquetes por día _____

Nivel de actividad diaria: activo actividad limitada sedentario usa andador/bastón/silla de ruedas

¿Hay antecedentes familiares de coágulos de sangre venosa? no si _____

¿Hay antecedentes familiares de varices? no si _____

Firma: _____ Date: ____/____/____

Eric Mowatt-Larssen, MD

243 El Dorado Street #200, Monterey, CA 93940

1260 S. Main Street #202, Salinas CA 93901

Teléfono: (831) 646-8346

Pólizas Del Paciente

El Consentimiento para tomar fotografías de los pies

Doy mi consentimiento para permitir tomar fotografías de mis venas. Estas imágenes estarán en mi expediente médico y se utilizarán para seguir el progreso de mi tratamiento y / o enviado a mi compañía de seguros para documentar mi enfermedad de las venas si es necesario. Las fotos no serán utilizadas para ningún otro propósito (por ejemplo, publicaciones científicas a de marketing) a menos que se permitan específicamente en un formulario de consentimiento por separado. En ningún momento va a ser identificado por su nombre o semejanza, y su identidad estará protegida tanto como sea posible.

Iniciales ___

Póliza de Cancelación

Nuestro cuidado de la salud puede describirse mejor como de bajo volumen y alta calidad. Cada hora de la cita incluye médicos especialistas altamente capacitados y el estado de la técnica de equipo, y se ha reservado específicamente para usted. Le pedimos que llame dos días de anticipación para reprogramar o cancelar su cita. Con el aviso de cancelación adecuada podemos permitir que otro paciente tome su cita. Si no recibimos la notificación, se le puede cobrar un cargo por cancelación de \$250 para una cita de la ablación térmica, o \$50 para cualquier otra cita. Estos cargos no están cubiertos por su compañía de seguros. Nos esforzamos para permanecer en el tiempo para nuestros pacientes, en reconocimiento a los horarios ocupados de la gente. Si son más de 15 minutos tarde, le pediremos que re programe su cita.

Iniciales ___

El uso o la información protegida de la salud

Se me ha proporcionado una oportunidad para revisar el Aviso de prácticas de privacidad y autorizo el uso de la revelación, de mi información médica personal con el fin de llevar a cabo la evaluación, el tratamiento, pago u operaciones de la salud por Eric Mowatt-Larssen, MD.

Iniciales ___

Consentimiento para el tratamiento médico

Doy mi consentimiento para el tratamiento médico de Eric Mowatt-Larssen, MD.

Iniciales ___

Declaración de responsabilidad financiera

Por este medio asigno, transfiero y pongo sobre mis derechos a cualquier beneficio de reembolso de seguro a Eric Mowatt-Larssen, MD. Autorizo la entrega de cualquier información médica necesaria para determinar estos beneficios. Entiendo que seré considerado económicamente responsable de cualquier y todos los servicios prestados por Eric Mowatt-Larssen, MD, de si están cubiertas por el seguro o no. Si su cuanta se envía a las colecciones, usted será responsable de los honorarios legales asociados a las colecciones. Además, entiendo que puedo ser el responsable de determinar si mi póliza de seguro cubre los servicios de Eric Mowatt-Larssen, MD.

Iniciales ___

Firma

Fecha

Eric Mowatt-Larsen, MD

243 El Dorado Street #200, Monterey, CA 93940

1260 S. Main Street #202, Salinas CA 93901

Teléfono: (831) 646-8346

Información del Paciente

Nombre _____

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código _____

Método preferido para comunicarnos con usted _____

Celular _____ Teléfono de Casa _____

¿Podemos dejar un mensaje de recordatorio de cita en el correo de voz de teléfono preferido?

Si No

Seguro Medico _____

Seguro Social: _____ - _____ - _____

Contacto de Emergencia: _____ Relación: _____

Teléfono de contacto de emergencia: _____

¿Podemos discutir su tratamiento con él / ella? Si No

Médico Primario _____

¿Podemos discutir su tratamiento con él / ella? Si No

¿Cómo se enteró de nosotros? Amigo Médico Herald Libro de Teléfono CHOMP Otro

Firma: _____ Fecha: _____ / _____ / _____