



## REGISTRO DEL PACIENTE

**\* Por favor, llene los formularios lo más completamente posible, y traer con usted a su cita. Si tiene alguna pregunta por favor llame o pregunte al recepcionista de su cita \***

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ El Apellido: \_\_\_\_\_ Centro Inicial: \_\_\_\_\_

Dirección de la Calle: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Domicilio Físico: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Numero de la Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico de Atención Primaria: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Empleador Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Los Cónyuges Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

### Autorizo Cascade Cardiología a divulgar información a mi cónyuge/pareja

- Analice información con respecto a mi cita       Discutir mi condición médica       **TODOS**  
 Dejar mensajes telefónicos       Contacto de emergencia SOLAMENTE

### Por favor marque la casilla a continuación si usted no desea que su información discutido con su cónyuge/pareja

*Entiendo que al marcar esta casilla, la otra mi cónyuge/pareja no se dará ninguna información con respecto a mi condición médica, citas o cuenta financiera. También entiendo que puedo cambiar esta autorización en cualquier momento con una notificación por escrito.*

¿El paciente es un menor de edad? \_\_\_\_\_ If SI, de la Persona Responsable Nombre: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono #: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo a Cascade Cardiology para hablar con la persona por encima con respecto a mi cuenta.**

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

Doy mi consentimiento para el tratamiento necesario para el cuidado del paciente arriba mencionado ni a mí mismo. Autorizo la liberación de todos los registros / información médica a la referencia, a que se refiere y / o médico de familia. Yo autorizo a los proveedores de atención médica de Cascade Cardiology, LLC. (CC) para liberar mi información médica que se necesita para determinar los beneficios de seguro o los beneficios pagaderos a la Administración del Cuidado de Finanzas Heath y sus agentes. Por la presente asigno a CC, todo el dinero que se pagará por dicha compañía de seguros por los servicios prestados por el CC, pero que no exceda de mi deuda a dicha clínica.

Imprimir Nombre del Paciente

Responsible Firma

Fecha



## PERMISO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL PARA MIEMBROS DE LA FAMILIA, AMIGOS O REPRESENTANTES LEGALES

**AVISO IMPORTANTE:** La ley prohíbe la divulgación de información médica confidencial a cualquier entidad sin el consentimiento escrito y voluntario del paciente abajo firmante.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorizo Cascade Cardiology a divulgar información a: (Por favor marque todas las que correspondan).**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Analice información con respecto a mi cita       Discutir mi condición médica       **TODOS**  
 Dejar mensajes telefónicos       Contacto de emergencia SOLAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Analice información con respecto a mi cita       Discutir mi condición médica       **TODOS**  
 Dejar mensajes telefónicos       Contacto de emergencia SOLAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Analice información con respecto a mi cita       Discutir mi condición médica       **TODOS**  
 Dejar mensajes telefónicos       Contacto de emergencia SOLAMENTE

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Analice información con respecto a mi cita       Discutir mi condición médica       **TODOS**  
 Dejar mensajes telefónicos       Contacto de emergencia SOLAMENTE

**No quiero que la información dada a cualquier persona que no sea yo.**

Entiendo que este formulario de autorización da a la persona (s) mencionados arriba permiso para acceder verbalmente la información especificada.

Entiendo que al marcar "No quiero que la información dada a nadie más que a mí mismo," no es amigo, un familiar o representante legal tendrá acceso a mi información médica, incluyendo preguntas acerca de mis citas próximas, cuenta financiera y estado de salud.

**Entiendo que puedo revocar o modificar esta autorización en cualquier momento.** Usted tendrá el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento mediante notificación escrita de su revocación presentado a Cascade Cardiology. Por favor, comprenda que la revocación de este consentimiento no afectará ninguna acción que tomamos en confianza en este consentimiento antes de recibir su revocación.

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

Firma del Representante Legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**\* Esta autorización no se aplica a los registros escritos \***

# CASCADE CARDIOLOGY, LLC.

## HIPAA ACKNOWLEDGMENT AND CONSENT

Entiendo que Cascade Cardiology (en adelante, "CC") va a usar y divulgar información médica acerca de mí.

Entiendo que mi información de salud puede incluir información tanto creada y recibida por la práctica, puede ser en forma de registros escritos o electrónicos, o palabras habladas, y pueden incluir información sobre mis antecedentes de salud, estado de salud, síntomas, exámenes, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos, procedimientos, recetas y tipos similares de información relacionada con la salud.

Entiendo y acepto que CC puede utilizar y divulgar mi información de salud con el fin de:

- tomar decisiones y planear mi cuidado y tratamiento;
- consulte, consulte a, coordinarán entre y administrar junto con otros proveedores de atención médica para mi cuidado y tratamiento;
- determinar mi elegibilidad para el plan de salud o cobertura de seguro, y presentar las facturas, reclamos y otra información relacionada con las compañías de seguros (incluyendo Medicare) u otras personas que puedan ser responsables de pagar parte o la totalidad de mi cuidado de salud, y
- realizar varias funciones de oficina, administrativas y empresariales de apoyo a los esfuerzos de mi médico me proporcionará, organizar y ser reembolsados por la calidad, la atención de la salud económica.

También entiendo que tengo el derecho de recibir y revisar una descripción escrita de cómo esta práctica se encargará de la información de salud acerca de mí. Esta descripción escrita que se conoce como un Aviso de **Prácticas de Privacidad** y describe los usos y divulgaciones de información de salud realizadas y las prácticas de información seguidos por los empleados, personal y demás personal de la oficina de esta práctica, y mis derechos con respecto a mi información de salud. Nuestro Aviso de prácticas de privacidad también se encuentra disponible en nuestro sitio web: [cascadecardiology.com](http://cascadecardiology.com). Yo entiendo que tengo el derecho de pedir que algunos o todos los de mi información de salud no será utilizada o divulgada en la forma descrita en el Aviso de Prácticas de Privacidad, y entiendo que CC no está obligado por ley a aceptar tales peticiones. Autorizo a mi información médica personal a ser puesto en libertad a mi:

Teléfono Principal: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar información confidencial? Yes  No

Secondary Phone: \_\_\_\_\_ ¿Se puede dejar información confidencial? Yes  No

Seguro Principal: \_\_\_\_\_

Seguro Secundario: \_\_\_\_\_

.....

Al firmar a continuación, estoy de acuerdo que he revisado y entiendo la información anterior y que se me ha ofrecido una copia de la Notificación de Prácticas de Privacidad.

Nombre del paciente: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Firma: _____	Fecha: _____
por: _____	Fecha: _____
(Representante del Paciente)	



## Cuestionario del Paciente

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ NUMERO DE NINOS \_\_\_\_\_ HIJOS \_\_\_\_\_ HIJAS \_\_\_\_\_

OCUPACION: \_\_\_\_\_

DIETA: REGULAR: \_\_\_\_ BAJA EN GRASA/COL \_\_\_\_ POCA SAL: \_\_\_\_ DIABETICOS: \_\_\_\_

RENAL \_\_\_\_ SIN SAL ANADIDA: \_\_\_\_ PERDIDA DE PESO: \_\_\_\_

BAJA EN CARBOHIDRATOS: \_\_\_\_ VEGETARIANO: \_\_\_\_

CONSUMO DE TABASE (POR FAVOR CIRCULE UNO): FUMA ACTUALMENTE FUMO ANTES (FECHA:\_\_\_\_) NUNCA

CONSUMO DE ALCOHOL: \_\_\_\_\_ RARA: \_\_\_\_ SOCIAL: \_\_\_\_ DIARIO: \_\_\_\_ FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

EJERCICIO: \_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_ FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

SU FARMACIA: \_\_\_\_\_

LOCACIÓN / CRUZ CALLE / CIUDAD: \_\_\_\_\_

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIACA: \_\_\_\_\_

FORTALEZAS Y MEDICAMENTOS (CON RECETA Y SIN RECETA MÉDICA) QUE SE LLEVA:

1. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_ 7. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ 5. \_\_\_\_\_ 8. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ 6. \_\_\_\_\_ 9. \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

---

POR FAVOR MARQUE CUALQUIER HISTORIA PRESENTE O PASADA USTED HA TENIDO CON LO SIGUIENTE:

### **CARDIACO:**

Si	No		Si	No	
___	___	DOLOR EN EL PECHO / PRESIÓN	___	___	RÁPIDO / PALPITACIONES IRREGULARES
___	___	SUDORACIÓN ANORMALES	___	___	DESMAYOS
___	___	DIFICULTAD PARA RESPIRAR CUANDO ACOSTADO PLANO			

### **VASCULAR:**

___	___	HINCHAZÓN (DE TOBILLOS /ABDOMINAL)	___	___	DOLOR EN LAS PIERNAS AL CAMINAR O AL DESCANSO
___	___	HERIDAS DE LA PIEL/ULCERAS (PIES/DEDOS DE LOS PIES TARDAN EN SANAR)	___	___	PULSOS BISMINUIDOS EN LOS PIES

**CONSTITUTIONAL:**

Si No

\_\_\_ AUMENTO DE PESO

\_\_\_ FIEBRE

Si No

\_\_\_ PERDIDA DE PESO

\_\_\_ FATIGA

**HEENT:**

\_\_\_ CAMBIOS EN LA VISION

\_\_\_ PERDIDA AUDITIVA

**PULMONAR:**

\_\_\_ RONQUIDO

\_\_\_ TOS CON SANGRE

\_\_\_ FALTA DE RESPIRACION

\_\_\_ SIBILANCIA

**URINARIA:**

\_\_\_ SANGRE EN LA ORINA

\_\_\_ POR LA NOCHE DE ORINAR

**NEUROLOGICOS:**

\_\_\_ MAREO

\_\_\_ PERDIDA DE MEMORIA

\_\_\_ DECOMISO

**PSICHIATRICA:**

\_\_\_ DEPRESION

\_\_\_ ANSIEDAD

**HEMATOLOGICAS:**

\_\_\_ LA ANEMIA DE PLAQUETA

\_\_\_ BAJO NIVEL DE PLAQUETAS

**ENDOCRINO:**

\_\_\_ AGRANDAMIENTO DE LA TIROIDES

\_\_\_ TREMORS

**DERMATOLOGICOS:**

\_\_\_ SALPULLID

\_\_\_ ERUPCIONES EN LA PIEL

**MUSCULO ESQUELETICO:**

\_\_\_ DOLOR EN LAS ARTICULACIONES

\_\_\_ DOLOR MUSCULAR

OTROS MEDICAMENTOS O INFORMACION HISTORIAL MEDICO NO INCLUIDOS ANTERIORMENTE:

---

---

---

**FIRMA DEL PACIENTE:**

**FECHA:**



Maziar Azadpour, MD, FACC, FSCAI  
Harminder P. Gandhok, MD, FACC, FSCAI  
Ashit G. Patel, MD, FACC, FHRS  
Kirk W. Walker, MD, FACC, FSCAI

Sharon M. Dickinson, PA-C, AACC  
Laura C. Mason, PA-C  
Heather M. McLean, FNP-C  
Odessa Steigleder, PA-C

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Cascade Cardiology se dedica a proporcionar a los pacientes con una excelente atención cardiaca. Rellene este cuestionario de la historia respecto a la atención anterior, incluyendo las fechas de servicio y los nombres de las instalaciones para que podamos obtener con precisión los registros para su próxima cita.

Si usted tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nuestra oficina al 503-485-4787 por favor.

- ❖ ¿Ha tenido una cirugía de derivación cardíaca o reemplazo de la válvula? ¿cuándo y dónde?
- ❖ ¿Alguna vez has tenido un cateterismo cardiaco, angiografía, o stent? ¿cuándo y dónde?
- ❖ ¿Usted tiene un marcapasos o desfibrilador implantado? ¿cuándo y dónde?
- ❖ ¿Alguna vez has estado en la sala de emergencia por dolor en el pecho, dificultad para respirar, etc? ¿cuándo y dónde?
- ❖ ¿Alguna vez habías hecho una prueba de diagnóstico cardiaco? Por ejemplo, ECG, ecocardiograma, prueba de estres, estudios nucleares, etc? ¿cuándo y dónde? Por favor escriba el número de contacto del edificio donde lo hicieron.
- ❖ Si alguna vez has visto a un cardiólogo, escriba el nombre del cardiólogo por favor, el número de contacto del médico, la ciudad y estado de la práctica, y la fecha de su ultima cita.

Gracias por ayudarnos en nuestros esfuerzos para ofrecerle la mejor atención posible usted!

**Por favor envíe este formulario con la publicación de la información adjunta antes de su próxima cita.**

---

777 Commercial St. SE Suite 130 Salem, OR 97301  
400 Welch St, Silverton OR 97381  
1475 Mt. Hood Ave, Woodburn, OR 97071  
Phone: 503-485-4787 (HRTS) Fax: 503-485-4789  
Cascadecardiology.com



## La autorización de uso / divulgar información médica protegida

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

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AUTORIZO LA INFORMACIÓN DE PRENSA DE:</div> <hr/> Nombre de la Institución / Proveedor	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AUTORIZO LA INFORMACIÓN DE PRENSA PARA:</div> <hr/> Cascade Cardiology
<hr/> Dirección	<hr/> Nombre de la Institución / Proveedor 777 Commercial St. SE Suite 130
<hr/> Ciudad, Estado, Código Postal	<hr/> Dirección Salem, OR 97301
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">AUTORIZO LA INFORMACIÓN DE PRENSA PARA:</div> <hr/> Cascade Cardiology	
<hr/> Nombre de la Institución / Proveedor 777 Commercial St. SE Suite 130	
<hr/> Dirección Salem, OR 97301	
<hr/> Ciudad, Estado, Código Postal	
<b>Tipo de información que se publicará</b>	
<b>Información específica de satisfacer solamente</b>	
<input type="checkbox"/> Gráfico Notas	<input type="checkbox"/> Resultados de la prueba
<input type="checkbox"/> Resultados de laboratorio	<input type="checkbox"/> Los Últimos 2 Años de Historia
<input type="checkbox"/> Visita Más recientes	<input type="checkbox"/> Registros de medicación
<input type="checkbox"/> <b>Todos los expedientes médicos</b>	<input type="checkbox"/> Registros médicos de _____ de _____
<b>** Nota: Si no se selecciona la casilla de verificación, los registros se sienten que su doctor para su cuidado será copiado / impresión.</b>	
<b>Información protegida o confidencial</b>	
Si la información a revelar contiene puede aplicar cualquiera de los tipos de registros y la información que se enumeran a continuación, leyes adicionales relacionadas con el uso y la divulgación de la información. Entiendo y acepto que esta información será divulgada si pongo mis iniciales en el espacio de aplicación junto al tipo de información.	
_____ HIV/AIDS Información Iniciales	_____ Información sobre la Salud Mental Iniciales
_____ Drogas/Alcohol diagnóstico, el tratamiento Iniciales	_____ Genética Pruebas de Información Iniciales
<i>Yo entiendo que la información usada de revelada de acuerdo con la autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por la ley federal, sin embargo, también entiendo que la ley federal o estatal puede restringir re-revelación de información sobre el VIH / SIDA, mental información sobre la salud, información de las pruebas genéticas y drogas / alcohol diagnóstico, tratamiento o derivación.</i>	

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE:** Usted no tiene que firmar esta autorización. La negativa a firmar la autorización no afectará negativamente a su capacidad de recibir servicios de atención médica o el reembolso de los servicios. La única circunstancia en la negativa a firmar significa que no recibirá los servicios de atención de salud es si los servicios de cuidado de la salud representan la investigación relacionada con el tratamiento y la autorización es necesaria para participar en el estudio de investigación y recibir tratamiento investigaciones relacionadas.

**Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.** Si usted revoca su autorización, la información descrita anteriormente ya no puede ser usada o revelada para los fines descritos en la presente autorización por escrito. Cualquier uso o divulgación ya hecha con su permiso no se pueden deshacer. Para revocar esta autorización, por favor, envíe una declaración por escrito declarando que está revocando esta autorización: Cascade Cardiology, 777 Commercial St. Suite 130, Salem, OR 97301-0060: Attention: Medical Records.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PATIENT OR PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

\_\_\_\_\_  
DATE

\_\_\_\_\_  
PRINT PATIENT'S NAME OR NAME OF PATIENT'S LEGAL REPRESENTATIVE

\_\_\_\_\_  
DATE