



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

*Julie Cramer, PA*  
*Sharon M. Dickinson, PA-C*  
*Juan Herrera, PA-C*  
*Sean Naylor, PA-C*  
*Heather M. Wiebe, FNP-C*

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
Hemos programado su cita para \_\_\_\_\_. Por favor regístrese en \_\_\_\_\_ en nuestra \_\_\_\_\_ office. (Por favor, tenga en cuenta la deercción). Favor de traer una lista de todos sus medicamentos, el registro de pacientes forma de cuestionario cerrado, los pacientes y sus tarjetas de aseguranza. Si usted no puede asistir estat cita la necesidad de reprogramar para una fecha posterior por favor llame lo más pronto posible para hacernos saber. Si usted tiene alguna pregunta por favor llámenos al 503-485-4787.

Lo que puede esperar a su cita con un médico en Cascade Cardiology

1. Regístrese con la recepcioniste, renovar aseguranza, pagar un copago si su aseguranza requiere uno llene cualquier papeleo que la recepcionista pueda tener para usted. (Por favor, recuerde traer su lista de medicamentos.)
2. Un asistente de médico o enfermera su llamará el nombre y tomar su peso, le llevará a una sala de examen, tomará los signos vitales y revisar su lista de medicamentos. Se ingresará la información en nuestro sistema informático.
3. Proveedores al nivel medio, que es médico de un médico o una enfermera praticante, podrá entrar y ver cómo le va y hablar con usted sobre cualquier problema o preocupación que usted pueda tener. El nivel medio entonces hablara con el médico y los dos devolveran a la sala de examen.
4. Una vez que usted y el médico ha decidido sobre un plan que será llevado a nuestro departamento de programación para programar las citas de seguimiento o procedimientos.

Nuestro objetivo es servir a nuestros pacientes con la integridad, la innovación, la compasión y la excelencia. Nuestro equipo de colaboración de los médicos, niveles intermedios, personal de enfermería y personal administrativo trabajan juntos para el cuidado de la mejor evidencia posible en base a nivel local al mismo tiempo ser capaz de coordinar la atención a nivel regional o nacional para las personas con necesidades especiales cardiovascular. La satisfacción del paciente es importante para nosotros en Cascade Cardiology.

Nos comprometemos a tratar con amabilidad, respeto y compasión, cuando se trata de su salud que sabemos lo importante que es para usted. Contar con el mejor cuidado de esperar la excelencia.

Atentamente,  
Cascade Cardiology, L.L.C.

**POR FAVOR NO fax o correo. TRAER A SU CITA!**



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

*Julie Cramer, PA*  
*Sharon M. Dickinson, PA-C*  
*Juan Herrera, PA*  
*Sean Naylor, PA-C*  
*Heather M. Wiebe, FNP-C*

Registro de Pacientes

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

Dirección de la Calle: \_\_\_\_\_ Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Hombres /Mujeres (Por favor un círculo)

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de la Seguridad Social: \_\_\_\_\_

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

Empleador Dirección: \_\_\_\_\_

Los Cónyuges Nombr: \_\_\_\_\_ Los cónyuges Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA: nombre de un pariente o amigo con otro número de teléfono

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD NOTIFICACIÓN**

He tenido la oportunidad de leer el Aviso de Prácticas de Privacidad. Yo entiendo que si tengo alguna pregunta o inquietud, o si quiero recibir copias adicionales del aviso en cualquier momento, puedo hacerlo llamando esta oficina.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Data**

**MEDICARE AUTORIZACIÓN A LARGO PLAZO**  
DECLARACIÓN DE PERMITIR EL PAGO DE BENEFICIOS DE MEDICARE AL  
PROVEEDOR , MÉDICO Y EL PACIENTE

**Paciente:** \_\_\_\_\_ **MEDICARE NO:** \_\_\_\_\_

Solicito que el pago de beneficios autorizados de Medicare hacerse ya sea a mí o en minombre por cualquier servicio proporcionado por Cascade Cardiology, incluidos los servicios médicos. Autorizo a cualquier poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí para liberar a la Health Care Financing Administration y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o prestaciones de servicios relacionados.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente** **Fecha**

**OTRAS ASEGURANZAS**  
OTRAS ASEGURANZAS QUE NO SEAN MEDICARE

Compañía de seguros primaria:

\_\_\_\_\_

Yo autorizo cascada Cardiología, L.L.C. para facturar a mi compañía de seguros para todas las ocasiones de servicio hasta que la autorización sea revocada por mí. Yo reconozco que soy financieramente responsable de la cantidad de co-pago del deducible y si están o no cubiertos por el seguro. Entiendo y estoy de acuerdo en que las políticas de seguro de salud son un acuerdo entre una compañía de seguros y yo. Yo autorizo el pago de las prestaciones médicas para el médico adjunto de los servicios médicos prestados. Una fotocopia de esta firma es tan válida como el original. Por la presente autorizo cascada Cardiología, L.L.C. para liberar información necesaria para asegurar que el pago de las prestaciones. Entiendo que los saldos pendientes de pago puede resultar en un cargo por financiamiento y / o de ser asignado a una agencia de cobros. Me han proporcionado la información de mi compañía de seguros, información de facturación y los números de grupo según sea necesario.

X \_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente** **Fecha**



**PERMISO PARA LIBERAR INFORMACIÓN MÉDICA CONFIDENCIAL A MIEMBRO DE LA FAMILIA, AMIGO O REPRESENTANTE LEGAL**

**Aviso importante:** La ley prohíbe la publicación de información médica confidencial a cualquier entidad sin el consentimiento escrito, voluntario de la paciente de firmantes.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

**Autorizo a Cascade Cardiology a liberar información para:**

Discutir información sobre mi cita.

Discutir mi condición médica.

Mensajes de teléfono

Nombre: \_\_\_\_\_ Pariente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Pariente: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Pariente: \_\_\_\_\_

No desea que la información dada sea dada a alguien más que no sea yo.

Entiendo que esta autorización. También entiendo que la información utilizada o revelada conforme a esta autorización puede estar sujeta a re-liberar por parte del receptor y no estará protegida bajo la ley federal.

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

Firma de Legal Representante: \_\_\_\_\_ fecha: \_\_\_\_\_



*Enfermedad Arterial periférica (PAD) es un grave problema circulatorio en el que los vasos sanguíneos que llevan la sangre a los brazos, piernas, cerebro o riñones, ser reducido o obstruidos. Más Afecta más de 8 millones de Americanos, más de 50 años. Puede resultar en la incomodidad de pierna al caminar, mala cicatrización de llagas y úlceras de la pierna, difíciles controlar la presión de sangre o síntomas de trazo. Personas con PAD están en aumento significativo del riesgo de accidente cerebrovascular y ataque al corazón. Respuestas a estas preguntas determinará si están en riesgo de PAD y si un examen vascular nos ayudará mejor evaluar su estado de salud vascular.*

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

*Un círculo en "Sí" o "No":*

- 1. ¿Tiene pies, pantorrillas, glúteos, cadera o muslo malestar (dolor, sí No cansancio, hormigueo, calambres o dolor) cuando uno camina que es ¿aliviado por el resto?*
- 2. ¿Experiencia dolor en reposo en su piernas o pies? Sí o No*
- 3. ¿Experiencia de dolor de pie o dedos de los pies que a menudo perturba el sueño? Sí o No*
- 4. Estan sus dedos o pies pálidos, decolorados o azulados? Sí o No*
- 5. Tiene heridas de la piel o úlceras en los pies o dedos de los pies que tardan en curarse? Si o No*
- 6. le ha dicho su medico que usted tiene pulsos pedios disminuidos o ausentes? Sí o No*
- 7. ¿Ha sufrido una grave lesión a la piernas o pies? Sí o No*
- 8. ¿Tiene una infección de las piernas o los pies que pueden ser Sí o No ¿gangrenosa (tejidos de la piel negra)?*

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

# Cuestionario del Paciente

NOMBRE: \_\_\_\_\_ DE MACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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 TABACO: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_  
FRECUENCIA: \_\_\_\_\_

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

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

DIRECTIVAS ANTICIPADAS:

HISTORIA FAMILIAR DE ENFERMEDAD CARDIACA:

FORTALEZAS Y MEDICAMENTOS (CON RECETA Y SIN RECETA MEDICA) 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:

	N/A	Y	N		N/A	Y	N
<b>CARDIACO:</b>							
DOLOR EN EL PACHEO	___	___	___	PALPITACIONES	___	___	___
SUDORACION	___	___	___	SINCOPE (ATURDIMIENTO, DESMAYOS)	___	___	___
DORMIN CON CABEZA ELEVADA	___	___	___	PND (DIGICULTAD PARA RESPIRAR DURANTE LA NOCHE)	___	___	___

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

**VASCULAR:**

CLAUDICACION \_\_\_\_\_  
( DOLOR EN LAS PIERNAS AL CAMINAR)

INFLAMACION \_\_\_\_\_  
(TOBILLO/PIE)

**CONSTITUCIONAL:**

AUMENTO DE PESO \_\_\_\_\_  
  
FIEBRE \_\_\_\_\_  
  
N/A Y N

PERDIDA DE PESO \_\_\_\_\_  
  
N/A Y N

**HEENT:**

CAMBIOS EN LA VISION \_\_\_\_\_

PERDIDA AUDITIVA \_\_\_\_\_

**PULMONAR:**

EL RONQUIDO \_\_\_\_\_  
  
FALTA DE ALIENTO \_\_\_\_\_

HEMOPTISIS  
(ESPUTO CON SANGRE) \_\_\_\_\_

**URINARIA:**

SANGRE EN LA ORINA \_\_\_\_\_

POR LA NOCHE  
DE ORINAR \_\_\_\_\_

**NEUROLOGICOS:**

MAREO \_\_\_\_\_  
  
DECOMISO \_\_\_\_\_

PERDIDA DE MEMORIA \_\_\_\_\_

**PSICHIATRICA:**

DEPRESION \_\_\_\_\_

ALUCINACIONES \_\_\_\_\_

**HEMATOLOGICAS:**

LA ANEMIA DE PLAQUETA \_\_\_\_\_

BAJA AGUDA \_\_\_\_\_

**ENDOCRINO:**

GOITI \_\_\_\_\_

TREMORS \_\_\_\_\_

**DERMATOLOGICOS:**

LLAGAS \_\_\_\_\_

ERUPCIONES EN LA PIEL \_\_\_\_\_

**MUSCULO ESQUELETICO:**

DOLOR EN LAS ARTICULACIONES \_\_\_\_\_

MIALGIA  
(DOLOR MUCSULAR) \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
OTROS MEDICAMENTOS O INFOMRACION HISRRORIAL MEDICO NO INCLUIDOS ANTERIORMENTE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

UBICACION/CRUZ CALLE/CIUDAD: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE:

FECHA: