



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Política financiera del paciente y formulario de consentimiento

Política financiera del paciente

Nos dedicamos a proporcionar el mejor cuidado y servicio posible a nuestros pacientes. Para evitar la confusión y el malentendido entre nuestros pacientes y la práctica, hemos adoptado las siguientes políticas financieras. Si tiene alguna pregunta acerca de estas políticas, por favor discuta con nuestro Gerente de oficina.

Cuotas y pagos

Compartimos sus preocupaciones sobre el aumento de los costos de atención médica. Nuestros honorarios representan cargos usuales y consuetudinarios basados en estándares comunitarios. Se espera que los pacientes paguen por los servicios profesionales en el momento de la visita. Nuestra política es recolectare Co-pago cuando llegue a su cita. Todas las formas de pago son aceptadas incluyendo efectivo, cheques personales, tarjetas de débito y tarjetas de crédito incluyendo MasterCard, Visa, American Express, y Discover. Si usted tiene cualesquiera preguntas sobre nuestros honorarios, sienta por favor libre de discutir con nosotros.

Seguro

Tenemos un contrato con muchos planes de salud para aceptar una asignación de beneficios. Nosotros facturaremos estos planes y requeriremos que el paciente pague co-pagos autorizados, coaseguro y deducibles en el momento en que los servicios sean prestados. La responsabilidad del pago de los gastos de atención médica es la responsabilidad directa del paciente. El saldo restante se adeuda en el plazo de un mes después del aviso del asegurador. El paciente es responsable de obtener la autorización de su médico de atención primaria. El paciente es responsable de entender el proceso de autorización y el proceso de pago de su compañía de seguros.

Autorización del médico y asignación de beneficios

Por la presente autorizo al Northwest Houston Heart Center a liberar cualquier información médica y el diagnóstico solicitado por mi compañía de seguros y mis médicos tratantes. Entiendo que esta información incluirá, cuando sea aplicable, todo el trabajo hasta, pruebas, diagnóstico y el tratamiento. Los planes de tratamiento también incluyen todo el trabajo de sangre y los resultados específicos del análisis de laboratorio incluyendo la prueba del VIH para la diagnosis del síndrome inmune adquirido de la deficiencia. Además autorizo el pago directamente al médico asignado para los gastos quirúrgicos o médicos pagaderos bajo mi plan de servicios que me proporcionen.

Autorización para divulgar expedientes médicos

Estoy escribiendo para autorizar al Northwest Houston Heart Center para obtener mis registros médicos en mi nombre. Por favor envíe mis expedientes médicos por fax al 281-351-4915 o por correo a la siguiente dirección: 308 Holderrieth Blvd Tomball, TX 77375-4536

Aviso anticipado de no cobertura del beneficiario (ABN)

Usted está recibiendo este aviso porque su compañía de seguros no puede pagar por todos los servicios que usted recibe durante sus visitas a nuestra oficina. Usted necesita leer este aviso para que usted pueda tomar una decisión informada sobre su cuidado. Si su compañía de seguros niega el pago, entonces usted es completamente responsable del pago en su totalidad a los servicios prestados a usted en esta instalación., usted entiende que usted puede apelar esta decisión por no pago a su compañía de seguros. Con este aviso, usted acepta tomar responsabilidad financiera por el costo de los suministros y servicios prestados a usted en su visita a nuestra instalación, si su compañía de seguros niega la cobertura de la misma. Si usted no desea ningún servicio no cubierto por su compañía de seguros, por favor infórmenos por escrito en el momento de la llegada.

Firma del paciente _____ Fecha _____

Firma del testigo _____ Fecha _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Autorización para publicar/recibir expedientes médicos

Autorizo **Northwest Houston Heart Center** para: liberación a recibir de

Teléfono _____ Fax _____

Autorización para divulgar expedientes médicos _____

Nombre

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social _____

Información que se publicará

Esta información se está publicando para el siguiente propósito:

Atención continuada Seguro Abogado/Litigios Servicios de discapacidad

Otros _____

Por favor, envíe los registros a (281)351-4915

Firma del paciente o representante legalmente autorizado

Fecha

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Reconocimiento de prácticas de privacidad

He recibido el aviso de prácticas de privacidad y se me ha proporcionado la oportunidad de revisarlo

Fecha _____

Nombre _____

Última

Primera

Medio

Fecha de nacimiento _____

Por favor enumere a los miembros de la familia u otras personas, en su caso, a quienes podamos informar acerca de su condición médica general y su diagnóstico (incluyendo planes de tratamiento, pagos y operaciones de atención médica)

Nombre _____ Relación Cónyuge Niño Otros _____

Contacto # _____

Nombre _____ Relación Cónyuge Niño Otros _____

Contacto # _____

Nombre _____ Relación Cónyuge Niño Otros _____

Contacto # _____

¿se pueden dejar mensajes confidenciales, es decir, recordatorios de citas, resultados de laboratorio o cualquier información de atención médica en el buzón de voz de su casa/celular? Sí No

Firma del paciente _____ Fecha _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.co



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Información del seguro

¿tiene Medicare? Sí No Si es así, su ID de Medicare # _____

Nombre del seguro primario _____ Titular de la póliza _____

Relación Auto Cónyuge Otros ID# _____ Group# _____

Nombre del seguro secundario _____ Titular de la póliza _____

Relación Auto Cónyuge Otros ID# _____ Group# _____

Información del paciente

Nombre _____ fecha de nacimiento _____ Edad _____
Last First Middle

Seguro social _____ Género Hombre Mujer Estado Solo Casado Otros _____

Carrera/Ethnicity Blanco Hispana Afroamericano Asiático Otros _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ codigo postal _____

Casa _____ Célula _____ Trabajo _____

Correo electrónico _____

Ocupación _____

Contacto de emergencia _____ Relación _____ PH# _____

Médico remitente (Si es aplicable): _____

Motivo de su visita? _____

¿algún síntoma anormal? Por favor explique _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Antecedentes médicos pasados	Historia del paciente	Historia familiar
Enfermedad de la arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Ataque cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Paro cardíaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Angioplastia, stent de heart arteries	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Derivación de arteria coronaria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Enfermedad vascular periférica (PAD/PVD)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Angioplastia, stent de las arterias de la pierna	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Estenosis de la carótida (obstrucción)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Cirugía de la arteria carótida, stent	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Aneurisma aórtico abdominal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Fibrilación auricular, aleteo atrial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Colocación de marcapasos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Colocación de desfibrilador	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
COPD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Coágulos sanguíneos en las venas de la pierna (DVT)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Anomalías de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Muerte súbita cardíaca		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Cualquier otra historia significativa del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Riñón, insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación _____
Dificultad respiratoria	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	
Dificultad respiratoria por la noche	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	
Dormir con más de una almohada para respirar más fácil	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	
Combinación de problemas cardíacos y pulmonares	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	
Hinchazón del tobillo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	
Cambios recientes en la medicación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> inseguro	

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com

Nombre del paciente (por favor imprima) _____



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Historia social

¿Estás casado? Sí No

¿fuma actualmente? Sí No ¿Cuántos cigarrillos por día? _____

¿has fumado alguna vez? Sí No ¿Cuántos por día? _____ ¿Cuánto tiempo? _____

¿Actualmente bebe alcohol? Sí No ¿Cuánto? _____ ¿con qué frecuencia? _____

¿usas drogas recreacionales? Sí No

Marque todos los que apliquen (revisión de sistemas)

Constitucional	<input type="checkbox"/> Aumento de peso <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Sueño inquieto <input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Ronquidos <input type="checkbox"/> Fatiga
Oftalmología	<input type="checkbox"/> Cambio en la agudeza visual <input type="checkbox"/> Visión doble <input type="checkbox"/> Cataratas <input type="checkbox"/> Desenfoque de la visión <input type="checkbox"/> Dolor en los ojos <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión
ENT	<input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Secreción nasal <input type="checkbox"/> Agrandamiento de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> Pérdida auditiva <input type="checkbox"/> Dolor de garganta
Cardiología	<input type="checkbox"/> Dolor torácico <input type="checkbox"/> Palpitaciones <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Síncope/Desmayarse
Respiratoria	<input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> Flema
Gastroenterología	<input type="checkbox"/> Intestino irritable <input type="checkbox"/> Pólipos <input type="checkbox"/> Cambio en los hábitos intestinales <input type="checkbox"/> Colitis <input type="checkbox"/> Úlceras <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
GU	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Problemas vesicales <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria <input type="checkbox"/> Problemas de próstata
Musculoesqueléticos	<input type="checkbox"/> Hinchazón articular <input type="checkbox"/> Dolor articular <input type="checkbox"/> Calambres en las piernas <input type="checkbox"/> Rigidez articular <input type="checkbox"/> Ciática <input type="checkbox"/> Osteoporosis <input type="checkbox"/> Fractura <input type="checkbox"/> Túnel carpiano
Psiquiatría	<input type="checkbox"/> Alto nivel de estrés <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Disturbios del sueño <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio <input type="checkbox"/> Ansiedad
Endocrinología	<input type="checkbox"/> Pérdida de peso <input type="checkbox"/> Disturbio del sueño <input type="checkbox"/> Frío/Calor Intolerancia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Anomalías de la tiroides
Neurología	<input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/> Hormigueo/entumecimiento <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria <input type="checkbox"/> Mareos <input type="checkbox"/> Anomalía de la marcha
Dermatología	<input type="checkbox"/> Erupción <input type="checkbox"/> Colmenas <input type="checkbox"/> Cáncer de piel <input type="checkbox"/> Hematomas frecuentes

Cuestionario de circulación

Preguntas sobre la circulación venosa, ¿necesito un examen para la insuficiencia venosa crónica?

¿están sus piernas hinchadas, dolorosas, rojas o tibias al tacto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ha tenido un coágulo de sangre en una vena que causó inflamación, dolor o irritación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿tiene varices (venas agrandadas/hinchadas y elevadas) en las piernas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ha tenido una trombosis venosa profunda (TVP) en el pasado y está experimentando dolor, hinchazón, cambios en el color de la piel, celulitis o úlceras no cicatrizantes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿sus piernas se sienten pesadas, cansadas, inquietas o adoloridas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si usted empuja el pie hinchado, el tobillo o la pierna durante 10 segundos y se suelta, ¿deja un hoyuelo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si sus pies, tobillos y piernas están hinchados, ¿la piel se ve estirada o brillante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿tiene una úlcera en el interior del tobillo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Preguntas sobre la circulación arterial, ¿necesito un examen para la enfermedad arterial periférica?

¿tiene pie/pantorrilla/nalga/cadera/malestar del muslo (dolor, fatiga, hormigueo, calambres o dolor) cuando usted camina que es aliviado por el descanso?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿experimenta algún dolor en reposo en sus piernas o pies inferiores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿experimenta dolor en los pies o en el pie que a menudo perturba el sueño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿están los dedos de los pies pálidos, descoloridos o azulados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿tiene heridas en la piel o úlceras en los pies o los dedos del pie que son lentas para curar (8-12 semanas)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿su médico le ha dicho alguna vez que tiene pulsos de pedal (pie) disminuidos o ausentes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿ha sufrido una lesión grave en la pierna o en los pies?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿tiene una infección de las piernas o de los pies que pueden ser gangrenosos (tejido cutáneo negro)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nombre del paciente (por favor imprima) _____



NORTHWEST HOUSTON HEART CENTER

A ADNAN ASLAM
MD, FACC, FSCAI

YASIR AKRAM
MD, MPH

AMIR GAHREMANPOUR
MD, FACC, FSCAI

KAMBIZ SHETABI
MD, FACC

Medicamentos actuales con dosificaciones

Por favor, enlistarlos aquí o darles al personal cuando llegue a la sala de examen

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.

¿hospitalización reciente/procedimientos de diagnóstico importantes? Sí No

En caso afirmativo, especifique Cuándo/dónde/y por qué razón _____

¿alergias a algún medicamento? Sí No

Si es así, por favor enumere el nombre de los medicamentos y el tipo de reacción _____

¿alergia al tinte del yodo? Sí No

Si sí, por favor describa la clase de reacción _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

308 Holderrieth Blvd
Tomball, TX 77375

18230 FM 1488
Magnolia, TX 77354

27700 NW Fwy Ste 330
Cypress, TX 77433

Phone: 281-351-4911 • Fax: 281-351-4915 • www.houstonheartcenter.com