



Cardiothoracic and Vascular Surgeons
1010 W. 40th St., Austin, TX 78756
Tel: (512) 459-8753 Fax: (512) 459-0586

Jeffrey M. Apple, M.D.
 Bradley A. Boone, M.D.
 Phillip J. Church, M.D.
 W. Chance Conner, M.D.
 Brendan P. Dewan, M.D.
 Stephen J. Dewan, M.D.
 Mark C. Felger, M.D.
 Daniel L. Fortes, M.D.
 Mazin I Foteh, M.D.

Eric M. Hoenicke, M.D.
 Brannon R. Hyde, M.D.
 Jeffrey S. Jobe, M.D.
 Faraz Kerendi, M.D.
 William F. Kessler, M.D.
 Hunter Q. Kirkland, M.D.
 Jeffrey D. McNeil, M.D.
 Rachel L. Medbery, M.D.
 David A. Nation, M.D.

Robert C. Neely, M.D.
 John K. Politz, M.D.
 Scott A. Seidel, M.D.
 Stephen M. Settle, M.D.
 Taylor A. Smith, M.D.
 Mark T. Stewart, M.D.
 Ryan S. Turley, M.D.
 Joe K. Wells, III, M.D.
 Jonathan A. Yang, M.D.

HISTORY AND PHYSICAL/CONSULTATION FORM
HISTORIA Y FISICA/CONSULTA FORMA

Date/Fecha: _____ **Date of Birth/Fecha de Nacimiento:** _____ **Age/Edad:** _____

Name/Nombre: _____

Sex/Sexo: _____ **Ht/Estatura:** _____ **ft/pies** _____ **in/pulgadas** **Weight/Peso:** _____ **lbs/libras**

BP/Presion Arterial: _____ / _____ **Pulse/Pulso:** _____ **bpm**

Reason for today's visit/La razón de su visita hoy:

Medication ALLERGIES: or None

Medicamentos ALERGIAS: o Ninguno

Medication/Medicamentos	Reaction to Allergen / Reacción al Alergeno
1.	
2.	
3.	

MEDICATIONS that you currently take: include any "as needed", over-the-counter, or supplements or check

See attached list brought by patient

MEDICAMENTOS que usted toma: incluye cualquier "según sea necesario", medicamentos que se pueden comprar sin receta o suplementos o marque: Vea la lista presentado por el paciente

MEDICATION/MEDICAMENTOS

STRENGTH/FUERZA

HOW OFTEN/¿CON QUE FRECUENCIA?

(daily, 2xday, weekly, etc / diario, 2veces al día, semanal, etc.)

1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____
10. _____	_____	_____

PAST MEDICAL HISTORY/HISTORIA MÉDICA (If answer is “NO” to all, check box/si la respuesta es “NO” a todo marque aquí)

MEDICAL CONDITION /CONDICIÓN MEDICA	CIRCLE/MARQUE
Aneurysm/Aneurisma (aortic, abdominal, cerebral, Peripherals / aortica, abdominal, cerebral, periférica)	SI/NO
Autoimmune/Autoinflammatory Disorders (lupus, multiple sclerosis, HIV, rheumatic fever, Sjogren’s syndrome) Trastornos de Autoinmunes/Autoinflamatorios (lupus, esclerosis múltiple, HIV, fiebre reumática, Síndrome de Sjogren)	SI/NO
Blood Thinners /Antigoagulantes (Coumadin, fish oil, Vitamin E/Coumadin, Aceite de pescado, Vitamina E)	SI/NO
Cancer (specify which type/especifique el tipo)	SI/NO
Cardiac Arrhythmias (A-fib, sinus node dysfunction, V-tach) Arritmias Cardiacas (A-fib, disfunción del nodo sinusal, V-tach)	SI/NO
Carotid Stenosis / Estenosis Carótida	SI/NO
Congenital Heart Disease (ASD, bicuspid valve, VSD, AVSD, Marfan’s syndrome) Enfermedad Cardiaca Congénita (ASD, válvula bicúspide, VSD, AVSD, Síndrome Marfan’s)	SI/NO
Coronary Artery Disease (heart attack, angina, dyspnea, atherosclerosis) Dolor del Corazón (ataque del corazón, dolor del pacho o malestar del corazón, dificultad para respirar, acumulación de placa en el interior de los vasos sanguíneos)	SI/NO
Dermatology (skin rash, shingles, psoriasis, fungus) Dermatología (erupciones en la piel, culebrilla, enfermedad inflamatoria de la piel caracterizada por eritemetosa redondeada, parches secos, hongos)	SI/NO
Diabetes (Type I insulin dependent or Type 2 non-insulin dependent) Diabetes (Tipo 1 dependiente de insulina o Tipo 2 no dependiente de insulina)	SI/NO
ENT (ear, nose, throat, mouth problems / oídos, nariz, garganta, problema en la boca)	SI/NO
End Stage Renal Disease / Enfermedad de los Riñones Terminal	SI/NO
Endocrine Problems (thyroid-high or low, adrenal gland, pituitary) Problemas Endocrinos (tiroides – alto o bajo, glándula suprarrenal, pituitaria)	SI/NO
Eye Problems (vision problems, ocular hypertension) Problemas de los ojos (problemas con la visión, ocular hipertensión – una condición en la cual se eleva la presión intraocular encima de lo normal)	SI/NO
Gastrointestinal Disease (reflux, ulcers, heartburn, gallstones, IBS, Crohn’s, diverticulitis, colitis) Enfermedad Gastrointestinal (reflujo, úlceras, acidez, piedras en la vesícula, IBS - síndrome del intestino irritable, <i>Crohn’s</i> – inflamación que puede afectar cualquier parte del tracto digestivo, Diverticulitis - inflamación del tracto gastrointestinal, Colitis - inflamación del intestino grueso)	SI/NO
Genitourinary Disease (urination frequency/urgency, ovarian cysts, tumors, prostate problems) Enfermedad Genitourinaria (frecuencia al orinar/urgencia, quistes en los varios/tumores, problemas de próstata)	SI/NO
Heart Valve Disease (specify which valve) / Enfermedad de Válvula Cardiaca (especifique cual válvula)	SI/NO
Hematologic Disease (bruising, anemia, bleeding, clotting disorder, transfusions, swollen lymph nodes) Enfermedad hematológica (Moretones, anemia, sangrando, trastorno de la coagulación, transfusiones, inflamación de los ganglios linfáticos)	SI/NO
Hyperlipidemia (elevated cholesterol) / Hiperlipidemia (colesterol elevado)	SI/NO
Hypertension / Hipertensión (arterial persistentemente alta presión)	SI/NO
Kidney Disease / Enfermedad de los riñoes	SI/NO
Kidney Disease / Enfermedad de los riñones	SI/NO
Musculoskeletal (arthritis, gout, osteoporosis, stiff or swollen joints, back pain) Músculo esquelético (artritis, gota, osteoporosis, articulaciones hinchadas o rígidas, dolor de espalda)	SI/NO
Neurologic Disorder (stroke, mental disorder, headaches, vertigo, epilepsy) Trastorno Neurológico (ataque cerebral, trastorno mental, dolores de cabeza, vértigo, epilepsia)	SI/NO
OTHER #1 / OTRO #1:	SI/NO
OTHER #2: OTRO #2:	SI/NO
Pacemaker/Marcapasos	SI/NO
Peripheral Vascular Disease (deep vein thrombosis, claudication, Peripheral neuropathy) Enfermedad Vascular Periférica (trombosis venosa profunda, claudicación, neuropatía periférica)	SI/NO
Pulmonary/Respiratory Disease (COPD, asthma, pneumonia, bronchitis, TB) Pulmonar/Enfermedades Respiratorias (obstrucción que dificulta la respiración, asma, pulmonía, bronquitis, TB)	SI/NO
Sleep Disorder (insomnia, sleep apnea, narcolepsy) Trastorno del sueño (insomnio, trastornos caracterizados por paralizaciones múltiples de respiración durante el sueño que inducen despertares parciales e interferir con el mantenimiento del sueño, narcolepsia)	SI/NO

SURGICAL HISTORY (please list all surgeries and date – if you need more space write on the back of this page)

HISTORIA DE OPERACIONES (por favor enumere todas las cirugías y la fecha-si usted necesita mas espacio puede escribir en la parte posterior de esta pagina)

Surgery Date/Year Fecha y Año de la Cirugía	Surgery Procedure / Cirugía Procedimiento
1.	
2.	
3.	
4.	

SOCIAL HISTORY/HISTORIA SOCIAL

Smoking Status (check one): Never Smoked Former Smoker Current Smoker (daily) Current Smoker (occasional)

¿Fuma usted? (marque uno): Nunca Ex fumador Fumador actual (diario) Fumador actual (ocasional)

Tobacco years of use (please complete, even if 0 years): ____ **Anos de uso de tabaco** (por favor complete incluso “0” anos): ____

If you smoked or currently smoke, how much? (check one): 1 pack per day 2 packs per day 3 packs per day or

Other: _____

¿Si usted fumaba o fuma actualmente, cuanto?(marque uno): 1 paquete por día 2 paquetes por día 3 paquetes por día o

Otra: _____

Alcohol Intake (check one): None Occasional Moderate Heavy

Consumo de alcohol (marque uno): Nunca Ocasional Moderada Pesado

Illicit Drugs (check one): None Yes (if yes, what and how often?): _____

Drogas Ilícitas (marque uno): Nunca Si (¿en caso afirmativo, que y con que frecuencia?) _____

Exercise Level (check one): None Occasional Moderate Heavy

Nivel de ejercicio (marque uno): Nunca Ocasional Moderada Pesado

Marital Status: Unknown Married Single Divorced Widowed Domestic Partner

Estado Civil: Sin saber Casado Soltero Divorciado Viudo Pareja de hecho

Family Illness History / Historia de enfermedad familiar (any family history of the following diseases) If yes, please check those and check who the relative was (M-mother, F-father, S-sister, B-brother) (antecedentes familiares de estas enfermedades).

En caso afirmativo, revise estos y marque que pariente fue (**M-mama, F-papa, S-hermana, B-hermano**)

Disease/Condition Enfermedad/Condición	Mother/ Madre √	Father/ Padre √	Sister/ Hermana √	Brother/ Hermano √
Aneurysm (AAA, etc) / Aneurisma (AAA, etc).				
Angina or Heart Attack / Angina o Ataque de corazón				
Bleeding Disorder / Trastorno de la coagulación				
Blood Clots (DVT) / Coagulo (DVT)				
Cancer - type / Cáncer - tipo				
Congenital Heart Disease / Enfermedad de corazón congénita				
Diabetes / Diabetes				
Heart Failure / Fallo de corazón				
High Blood Pressure / Alta Presión				
High Cholesterol / Alto Colesterol				
Kidney Failure / Fallo del riñón				
Obesity / Exceso de peso				
Rheumatic Fever / Fiebre Reumática				
Stroke / Ataque cerebral				

Patient's Pharmacy/Farmacia preferida del paciente:

Patient's Primary Care Doctor or Clinic & Phone # /Medico o Clínica familiar del paciente y Número de Teléfono:

Referring Doctor & Phone # / Medico de Referencia y Número de Teléfono:

**Other Doctors (pulmonologist, oncologist, cardiologist, etc.) & Phone #/
Otros Médicos (Neumólogo, Oncólogo, Cardiólogo, etc.) y Número de Teléfono:**

Dialysis Unit & days you dialyze (if applicable) / A donde va usted al Diálisis & los días cuando va (si es aplicable):

Cardiothoracic and Vascular Surgeons – Review of Systems (ROS)/Revisión del Sistema (ROS)

(Please check all the following conditions listed below that you are currently experiencing. If applicable, provide additional notes about the condition)/(Por favor marque todas las condiciones que se enumeran a continuación que esta experimentando actualmente. En su caso, dar una información adicional sobre la condición)

Patient Name/Nombre del Paciente _____ **DOB/Fecha de Nacimiento** _____

Date/Fecha: _____ **Athena #:** _____ (for staff only/para personal de la oficina)

<p><u>Constitutional</u> <u>Constitucional</u> (en relación a todo su cuerpo)</p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or : <input type="checkbox"/> fever <input type="checkbox"/> night sweats <input type="checkbox"/> significant weight gain <input type="checkbox"/> significant weight loss <input type="checkbox"/> exercise intolerant <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> fiebre <input type="checkbox"/> sudores de noche <input type="checkbox"/> ganancia de peso significativa <input type="checkbox"/> perdida de peso significativo <input type="checkbox"/> tolerancia al ejercicio <input type="checkbox"/> fatiga Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Eyes/Ojos</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or : <input type="checkbox"/> dry eyes <input type="checkbox"/> eye irritation <input type="checkbox"/> vision changes <input type="checkbox"/> needs glasses/contacts <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> ojo seco <input type="checkbox"/> irritación de ojo <input type="checkbox"/> cambio de visión <input type="checkbox"/> necesita lentes/contactos para los ojos Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Ears/Oídos</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> difficulty hearing <input type="checkbox"/> ear pain <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dificultad para oír <input type="checkbox"/> dolor de oído Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Nose/Nariz</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> frequent nosebleeds <input type="checkbox"/> nose/sinus problems <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> sangrando de nariz con frecuencia <input type="checkbox"/> problemas de nariz/sinusitis Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Mouth/Throat</u> <u>Boca/Garganta</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> sore throat <input type="checkbox"/> bleeding gums <input type="checkbox"/> snoring <input type="checkbox"/> dry mouth <input type="checkbox"/> mouth ulcers <input type="checkbox"/> oral abnormalities <input type="checkbox"/> teeth problems <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor de garganta <input type="checkbox"/> sangrado de la encías <input type="checkbox"/> ronquidos <input type="checkbox"/> boca seca <input type="checkbox"/> úlceras de la boca <input type="checkbox"/> anomalías orales <input type="checkbox"/> problemas de dientes Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Cardiovascular</u> <u>Cardiovascular</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> chest pain <input type="checkbox"/> chest pain on exertion <input type="checkbox"/> shortness of breath when walking <input type="checkbox"/> shortness of breath when lying down <input type="checkbox"/> palpitations <input type="checkbox"/> heart murmur <input type="checkbox"/> lightheadedness <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor de pecho <input type="checkbox"/> dolor del pecho con esfuerzo excesivo <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al caminar <input type="checkbox"/> dificultad para respirar al estar acostado <input type="checkbox"/> palpitaciones <input type="checkbox"/> soplo cardiaco <input type="checkbox"/> mareo Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Respiratory</u> <u>Respiratorio</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> coughing up blood <input type="checkbox"/> sleep disturbances (sleep apnea) <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> respiración sibilante <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> tos con sangre <input type="checkbox"/> suspensión temporal de la respiración al dormir Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Gastrointestinal</u> <u>Gastrointestinal</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> abdominal pain <input type="checkbox"/> vomiting <input type="checkbox"/> abnormal appetite <input type="checkbox"/> diarrhea <input type="checkbox"/> vomiting blood <input type="checkbox"/> black or tarry stools <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolor abdominal <input type="checkbox"/> vómitos <input type="checkbox"/> apetito anormal <input type="checkbox"/> diarrea <input type="checkbox"/> vómitos de sangre <input type="checkbox"/> heces negras o alquitranadas Additional Notes/Notas adicionales: _____</p>
<p><u>Genitourinary</u> <u>Genitourinario</u></p>	<p><input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> loss of urinary control <input type="checkbox"/> difficulty urinating <input type="checkbox"/> increased frequency of urination <input type="checkbox"/> blood in urine <input type="checkbox"/> change in urinary output <input type="checkbox"/> incomplete emptying of bladder</p>

	<input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> pérdida de la control de la vejiga <input type="checkbox"/> dificultad a orinar <input type="checkbox"/> aumento de la frecuencia a orinar <input type="checkbox"/> sangre in la orina <input type="checkbox"/> cambio de la producción de orina <input type="checkbox"/> vaciamiento incompleto de la vejiga Additional Notes/Notas adicionales: _____
Musculoskeletal Músculoesquelético	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> muscle aches <input type="checkbox"/> muscle weakness <input type="checkbox"/> arthralgias/joint pain <input type="checkbox"/> back pain <input type="checkbox"/> swelling in the extremities <input type="checkbox"/> needs wheelchair <input type="checkbox"/> needs walker <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> dolores musculares <input type="checkbox"/> debilidad muscular <input type="checkbox"/> dolor en las articulaciones <input type="checkbox"/> dolor de espalda <input type="checkbox"/> hinchazón en las extremidades <input type="checkbox"/> necesita silla de ruedas <input type="checkbox"/> necesita andador Additional Notes/Notas adicionales: _____

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Review of Systems – continued

Revisión del Sistema – continuado

Neurologic Neurológico	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> loss of consciousness <input type="checkbox"/> weakness <input type="checkbox"/> numbness <input type="checkbox"/> seizures <input type="checkbox"/> dizziness <input type="checkbox"/> frequent/severe headaches <input type="checkbox"/> migraines <input type="checkbox"/> restless legs <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> pérdida de la conciencia <input type="checkbox"/> debilidad <input type="checkbox"/> entumecimiento <input type="checkbox"/> convulsiones <input type="checkbox"/> mareo <input type="checkbox"/> frecuente/intenso dolor de cabeza <input type="checkbox"/> migrañas <input type="checkbox"/> piernas inquietas Additional Notes/Notas adicionales: _____
Hematologic/Lymphatic Hematológica/Linfático	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> swollen glands <input type="checkbox"/> bruising <input type="checkbox"/> excessive bleeding <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> inflamación de los ganglios <input type="checkbox"/> moretones <input type="checkbox"/> sangrado excesivo Additional Notes/Notas adicionales: _____
Allergic/Immunologic Alérgico/Inmunológica	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> runny nose <input type="checkbox"/> sinus pressure <input type="checkbox"/> itching <input type="checkbox"/> hives <input type="checkbox"/> frequent sneezing <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> nariz que moquea <input type="checkbox"/> presión de los senos <input type="checkbox"/> picazón <input type="checkbox"/> urticaria <input type="checkbox"/> estornudos frecuentes Additional Notes/Notas adicionales: _____
Endocrine Endocrino	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> increased thirst <input type="checkbox"/> hair loss <input type="checkbox"/> increased hair growth <input type="checkbox"/> cold intolerance <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> aumento de la sed <input type="checkbox"/> pérdida de cabello <input type="checkbox"/> aumento del crecimiento del pelo <input type="checkbox"/> intolerancia al frío Additional Notes/Notas adicionales: _____
Lung Symptoms Síntomas Pulmonares	<input type="checkbox"/> NONE or: <input type="checkbox"/> cough <input type="checkbox"/> shortness of breath <input type="checkbox"/> bronchitis <input type="checkbox"/> enlarged lymph nodes <input type="checkbox"/> chronic pulmonary heart disease <input type="checkbox"/> atherosclerosis of aorta <input type="checkbox"/> purulent chronic bronchitis <input type="checkbox"/> chronic airway obstruction <input type="checkbox"/> hemoptysis (coughing up blood) <input type="checkbox"/> other chest pain <input type="checkbox"/> tachypnea (rapid breathing) <input type="checkbox"/> swelling mass/lump-chest <input type="checkbox"/> abnormal chest sounds <input type="checkbox"/> abnormal electrocardiogram (EKG) <input type="checkbox"/> NINGUNO o: <input type="checkbox"/> tos <input type="checkbox"/> falta de aire <input type="checkbox"/> bronquitis <input type="checkbox"/> agrandamiento de los ganglios linfáticos <input type="checkbox"/> enfermedad pulmonar crónica del corazón <input type="checkbox"/> aterosclerosis de la aorta <input type="checkbox"/> bronquitis crónica purulenta <input type="checkbox"/> obstrucción de las vías respiratoria crónica <input type="checkbox"/> la hemapotsis (tos con sangre) <input type="checkbox"/> otros dolores en el pecho <input type="checkbox"/> la taquipnea (respiración rápida) <input type="checkbox"/> hinchazón masa/bulto – pecho <input type="checkbox"/> sonidos anormales en el pecho <input type="checkbox"/> electrocardiograma anormal (EKG)



Cardiothoracic and Vascular Surgeons
1010 W. 40th St., Austin, TX 78756
Tel: (512) 459-8753 Fax: (512) 459-0586

CTVS Formulario de Consentimiento General Para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

Entiendo que Cardiothoracic y Vascular Surgeons crea y mantiene los registros médicos y relacionados con la salud que incluyen información personal, incluyendo mi historial de salud, síntomas, información demográfica, diagnósticos, exámenes y resultados de pruebas, tratamientos y cualquier plan para futuro cuidado o tratamiento. Este es mi "información de salud protegida."

Entiendo y estoy de acuerdo con el uso y divulgación de mi información de salud por CTVS para los siguientes propósitos:

- **Mi Tratamiento**: Esto incluye la provisión, coordinación o supervisión de mi medico y servicios relacionados, incluyendo la coordinación o la gestión de mi cuidada y consulta entre los profesionales de las salud relacionados con mi tratamiento, o mi referencia a otro profesional de la salud y participación en la base de datos de Farmacia Surescripts.
- **El Pago de los Servicios de Asistencia Sanitaria prestada a mi**: Esto incluye las acciones llevadas a cabo por un plan de salud para decidir la cobertura o el pago de las prestaciones a mi, por mi proveedor o un plan de salud para obtener o proporcionar compensación por mi cuidado, o referente a mi.
- **Funcionamiento interno de mi proveedor**: Esto incluye la evaluación de calidad y actividades de mejora, revisión de desempeño de los proveedores y la formación, las actividades relativas al seguro de salud y beneficios, organizar o realizar revisiones medicas, servicios legales y auditorias, planificación empresarial y el desarrollo y gestión de negocios y actividades administrativas generales incluyendo servicio al cliente, resolución de quejas internas, debida diligencia, y la creación de información no identificable de salud.
- **Mi divulgación de información personal**: Autorizo la divulgación de mi información de salud protegida a mi mismo en cualquier momento.
- **Uso de mi número de celular**: Autorizo a los mensajes y alertas automatizadas a mí de esta práctica.

Entiendo y estoy de acuerdo en que:

- Tengo el derecho de revisar el *Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud Protegida* de Cardiothoracic and Vascular Surgeons , que proporciona una descripción mucho mas detallada de los usos y divulgaciones de información, antes de firmar este formulario de consentimiento.
- **Cardiothoracic and Vascular Surgeons** puede cambiar o modificar su *Aviso de Practicas de Privacidad para Información de Salud Protegida* en cualquier momento y tengo el derecho a obtener una revisión del aviso de practicas de privacidad accediendo al sitio web de Cardiothoracic and Vascular Surgeons, llamando a la oficina y solicitar una copia revisada sea enviados por correo o pidiendo una en el momento de mi próxima cita.

- Yo tengo derecho de solicitar restricciones en cuanto a como mi información de salud puede ser utilizada o revelada para llevar a cabo el tratamiento, pago u operaciones de atención medica. Entiendo y acepto que mi proveedor no esta obligado a acceder a las restricciones que yo solicite, pero si mi proveedor esta de acuerdo, que estará sujeto a dicha restricción.
- Yo tengo derecho de revocar este consentimiento notificando a mi Proveedor *por escrito* que yo revoque este consentimiento a menos que mi Proveedor ha utilizado o divulgado mi información de salud en la dependencia de este consentimiento
- Mi Proveedor tiene el derecho de revelar Información Medica pertinente a un miembro de mi familia, otro pariente, un amigo personal cercano, o cualquier persona identificada por mi.

CTVS Formulario de Consentimiento General Para el Uso y Divulgacion de Informacion de Salud Protegida

Signature of Patient/ Firma del Paciente	
Printed Name of Patient/ Nombre del Paciente in letra molde	
Date/ Fecha	Email
Guardian or responsible party signature/ Guardián o Firma de persona responsable	

**I hereby authorize the release of my protected health information to the following individuals:
Yo autorizo la divulgación de mi información protegida de salud a las siguientes personas:**

Name/ Nombre	Relationship/ Relación	Email or Phone/ Email o Teléfono
--------------	------------------------	----------------------------------

Name/ Nombre	Relationship/ Relación	Email or Phone/ Email o Teléfono
--------------	------------------------	----------------------------------

Name/ Nombre	Relationship/ Relación	Email or Phone/ Email o Teléfono
--------------	------------------------	----------------------------------

Name/*Nombre*

Relationship/*Relación*

Email or Phone/*Email o Teléfono*

Name/*Nombre*

Relationship/*Relación*

Email or Phone/*Email o Teléfono*



Cardiothoracic and Vascular Surgeons
 1010 W. 40th St., Austin, TX 78756
 Tel: (512) 459-8753 Fax: (512) 459-0586

Financial Responsibility/Responsabilidad Financiero

I understand that on ALL services billed to my insurance company there may be an additional balance due. This is determined by my insurance company's benefit plan. This includes co-pays and deductibles.

I understand that if my insurance denies the claim(s) for medical necessity, out of network, not a covered benefit, plan terminated, is considered experimental or investigational by my plan, etc. that I will be financially responsible for the payment of the services according to the protocol of this office.

I understand if I am admitted to the hospital there may be other charges for medical services that may be considered out of network with my insurance company for which I may be responsible. CTVS cannot control or guarantee that only in-network providers for your insurance plan will be utilized by the hospital in which you receive treatment.

Yo entiendo que en todos los servicios facturados a mi compañía de seguros puede haber un saldo adicional. Esto esta determinado por el plan de beneficios de mi seguro. Esto incluye los co-pays y deducibles.

Entiendo que si mi seguro niega la afirmación(es) por necesidad medica, fuera de la seguridad, no es un beneficio cubierto, el plan terminado, es considerado experimental o de investigación por mi plan, etc. que voy a ser financieramente responsable del pago de los servicios de acuerdo con el protocolo de esta oficina.

Entiendo que si soy admitido en el hospital puede haber otros cargos por los servicios médicos que pueden considerarse fuera de la seguridad con mi compañía de seguros y que yo pueda ser responsable. CTVS no puede controlar ni garantizar que solo los proveedores de la seguridad para su plan de seguro serán utilizados por el hospital en el que reciba el tratamiento.

Signature of Patient/Firma del Paciente	
Printed Name of Patient/Nombre del Paciente in letra molde	
Date/Fecha	Email
Guardian or Responsible Party Signature/ Guardián o Firma de persona responsable	Relationship to Patient/ Relación a Paciente

Dear Patients,

Your medical provider is participating in a government program that encourages the adoption of electronic health records. This technology will lead to reduced health care costs but it will also improve the quality of your care and our ability to communicate with you, our patients.

As part of this program, the government requires us to record the following demographic information about you:

- ▶ Preferred language ▶ Race ▶ Ethnicity ▶ Date of birth ▶ Gender

The U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) provides the options for the race and ethnicity fields that match the data collection standards defined by the U.S. Office of Management and Budget (OMB) and the U.S. Bureau of the Census (BC). We maintain secure records and assure you that this information will remain confidential.

You can help us by reviewing the list of options below and providing your race and ethnicity information during registration or check-in. If you do not wish to provide this information, you may simply decline.

Thank you for your assistance!

Cardiothoracic and Vascular Surgeons

Please identify your Race from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> African | <input type="checkbox"/> Black or African American | <input type="checkbox"/> Japanese | <input type="checkbox"/> Other Pacific Islander |
| <input type="checkbox"/> African American | <input type="checkbox"/> Burmese | <input type="checkbox"/> Korean | <input type="checkbox"/> Other Race |
| <input type="checkbox"/> Alaska Native | <input type="checkbox"/> Cambodian | <input type="checkbox"/> Laotian | <input type="checkbox"/> Pakistani |
| <input type="checkbox"/> American Indian | <input type="checkbox"/> Chinese | <input type="checkbox"/> Madagascar | <input type="checkbox"/> Polynesian |
| <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native | <input type="checkbox"/> Dominica Islander | <input type="checkbox"/> Malaysian | <input type="checkbox"/> Singaporean |
| <input type="checkbox"/> Arab | <input type="checkbox"/> Dominican | <input type="checkbox"/> Maldivian | <input type="checkbox"/> Sri Lankan |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> European | <input type="checkbox"/> Melanesian | <input type="checkbox"/> Taiwanese |
| <input type="checkbox"/> Asian Indian | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Micronesian | <input type="checkbox"/> Thai |
| <input type="checkbox"/> Bahamian | <input type="checkbox"/> Haitian | <input type="checkbox"/> Middle Eastern or North African | <input type="checkbox"/> Tobagoan |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi | <input type="checkbox"/> Hmong | <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander | <input type="checkbox"/> Trinidadian |
| <input type="checkbox"/> Barbadian | <input type="checkbox"/> Indonesian | <input type="checkbox"/> Nepalese | <input type="checkbox"/> Vietnamese |
| <input type="checkbox"/> Bhutanese | <input type="checkbox"/> Iwo Jiman | <input type="checkbox"/> Okinawan | <input type="checkbox"/> West Indian |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Jamaican | | <input type="checkbox"/> White |

Please identify your Ethnicity from the following CDC-defined options:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Central American | <input type="checkbox"/> Hispanic or Latino/Spanish | <input type="checkbox"/> Mexican | <input type="checkbox"/> South American |
| <input type="checkbox"/> Cuban | <input type="checkbox"/> Latin American/Latin, Latino | <input type="checkbox"/> Not Hispanic or Latino | <input type="checkbox"/> Spaniard |
| <input type="checkbox"/> Dominican | | <input type="checkbox"/> Puerto Rican | |