



## ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

*Vascular and Endovascular Surgery*

### **POLÍTICA DE COPAGO DE ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS**

**Gracias** por elegir a Arizona Vascular Specialists para sus necesidades quirúrgicas; los médicos y el personal están comprometidos a proporcionarle con la más alta calidad de atención médica. Con el fin de servirle el día de hoy, su póliza de seguro requiere que nuestra oficina cobre su copago asignado en el momento de su cita. A medida que su condición requiera atención médica continua, nuestra oficina le ayudará lo mejor que podamos para facilitar sus necesidades y asegurar que sus requisitos de atención médica se cumplan. Si usted no tiene su copago o no puede pagar su copago en el momento de la cita, por favor trabaje con nuestro personal para reprogramar su cita en un momento conveniente para usted. Como nuestra oficina ya no proporcionará estados de cuenta de copagos asignados; le solicitamos su ayuda en el seguimiento de las medidas de cumplimiento establecidas por su póliza de seguro de salud. Para los pacientes con una póliza de alto deducible, este monto se cobrará en el momento que su cirugía se programe. En consideración de su tiempo y el de su médico, nuestra oficina solicita un aviso previo de 24 horas de anticipación para cancelar o reprogramar su cita programada. Cualquier cancelación o cita reprogramada que no proporciona un aviso previo de 24 horas de anticipación se cobrará una cuota de \$25.00 para cita en oficina y \$150.00 para procedimiento en oficina. Agradecemos su atención y estamos disponibles para contestar cualquier pregunta.

Firma del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### **ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS COPAY POLICY (SPANISH)**

# Arizona Vascular Specialists L.L.C.

## FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL PACIENTE

Número de Cuenta \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_  
Apellido Primer Nombre Legal Segundo Nombre Sobrenombre

¿Este es su nombre legal? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si no, ¿Cuál es su nombre legal? \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltero(a) \_\_\_\_\_ Casado(a) \_\_\_\_\_ Divorciado(a) \_\_\_\_\_ Viudo(a) \_\_\_\_\_ Nombre de su esposo(a): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ PO Box: \_\_\_\_\_ Apartamento/Suite: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_ Raza: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_\_

Su Empleador: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Médico que hizo la referencia (si es diferente) \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO

¿Está usted cubierto por un seguro Médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Si No, por favor haga arreglos de pago con nuestra oficina de negocios.

Seguro Principal \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_

Seguro Secundario \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_ Número de Grupo \_\_\_\_\_

Nombre del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento del Titular de la Póliza \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Copago \_\_\_\_\_

¿Esta visita está relacionada con una lesión en el trabajo? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, Empleador en el momento de la lesión \_\_\_\_\_

Fecha de la Lesión \_\_\_\_\_ Información del Seguro \_\_\_\_\_ Número de Reclamo \_\_\_\_\_

## CONTACTO DE EMERGENCIA

Contacto de Emergencia \_\_\_\_\_ Relación al Paciente \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### TODOS LOS PACIENTES POR FAVOR

#### COMPLETEN Y FIRMEN ESTA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

“Por la presente autorizo que Arizona Vascular Specialists L.L.C. divulgue o que solicite a cualquier compañía de seguros, otro médico u hospital, cualquier información incluyendo el diagnóstico y registros de cualquier tratamiento o examen prestado a mí durante la atención quirúrgica, incluyendo la información financiera. Esta información puede ser enviada por fax o electrónicamente. También autorizo y solicito a mis compañías de seguros a pagar directamente a la corporación mencionada arriba la cantidad debida en cualquier reclamo de seguro pendiente para los tratamientos médicos/o quirúrgicos o servicios. También entiendo que, si es necesario referir mi cuenta a una agencia de cobranza, yo seré responsable por todos los cargos de cobranza razonables y los costos de tribunales gastados en eso.” Entiendo que hay una cuota de pre-pago de \$35 para todos los formularios de discapacidad completados por un médico. La organización se reserva el derecho de cobrar intereses en cuentas no pagadas.

FIRMA DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(O padre/tutor si el paciente es menor de edad)

### PATIENT REGISTRATION FORM (SPANISH)



ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

Vascular and Endovascular Surgery

332-2941

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Médico que hizo la referencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Motivo de la visita de hoy: \_\_\_\_\_

Estatura Actual \_\_\_\_\_ Peso Actual: \_\_\_\_\_ Peso hace un año: \_\_\_\_\_

**Problemas Médicos Actuales y Pasados: (por favor circule Sí o No)**

Si No \* Diabetes – ¿Cuándo fue diagnosticado? \_\_\_\_\_

Si No \* Enfermedad del Corazón – En caso afirmativo, ¿Qué Tipo? \_\_\_\_\_

Si No \* Angina (dolor de pecho)

Si No \* Presión Arterial Alta

Si No \* Derrame Cerebral – ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ ¿Alguna forma de parálisis o déficit? \_\_\_\_\_

Si No \* Epilepsia o Convulsiones

Si No \* Cáncer (tipo/tratamiento): \_\_\_\_\_

Si No \* Enfermedad Pulmonar: Enfisema Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica Asma Tuberculosis Fiebre del Valle Neumonía

Si No \* Problemas de Riñón

Si No \* Trastornos Gastrointestinales: Diverticulosis Úlceras del Estómago Colitis Ulcerativa Enfermedad de Crohn Síndrome del Intestino Irritable

Si No \* Hepatitis – En caso afirmativo, ¿Qué Tipo? \_\_\_\_\_

Si No \* Anemia o Enfermedades de Sangre

Si No \* Flebitis o Coágulos de Sangre

Si No \* Enfermedad de la Tiroides: Hipertiroidismo Hipotiroidismo

Si No \* Artritis

Si No \* Glaucoma: Degeneración Macular Legalmente Ciego

Si No \* Enfermedad Mental

Si No \* ¿Tiene usted un Marcapasos?

Otro: \_\_\_\_\_

Historial de Cirugías Pasadas (por favor incluya fechas): \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido una transfusión de sangre? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿Alguna Reacción? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha recibido anestesia general? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿Algún Problema? \_\_\_\_\_

**POR FAVOR ANOTE TODOS LOS MEDICAMENTOS Y LAS DOSIS:** \_\_\_\_\_

Por favor circule si usted está tomando alguno de los siguientes: Coumadin Aspirina Diaria Medicamento para la Diabetes

¿Es alérgico a algún medicamento? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, por favor anote los medicamentos y cualquier tipo de reacción: \_\_\_\_\_

Historial Social: ¿Usted fuma? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, cajetillas por día \_\_\_\_\_ Cuantos años \_\_\_\_\_ Si dejó de fumar, cuando \_\_\_\_\_

Consumo de alcohol: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ Bebidas \_\_\_\_\_ al día o a la semana

Fecha de los últimos Rayos-X del Pecho \_\_\_\_\_ Fecha del último Electrocardiograma \_\_\_\_\_ Fecha de la última mamografía \_\_\_\_\_

**PATIENT H&P (SPANISH)**



**REVISIÓN DE LOS SISTEMAS**

NOMBRE DEL PACIENTE \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

**GENERAL:** ¿TIENE O HA TENIDO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS? (POR FAVOR CIRCULE)

Fiebre                                      Bochornos                                      Escalofríos                                      Dolores de Cabeza                                      Mareo  
Aumento o Pérdida de Peso                                      Fatiga                                      Erupción cutánea (Sarpullido)                                      Inflamación de los ganglios linfáticos  
Otro: \_\_\_\_\_

**CORAZÓN, PULMONES, VASCULAR:**

Toser/Sibilancias Latido del Corazón Irregular                                      Opresión en el pecho/dolor                                      Inflamación en la pierna  
Toser con sangre                                      Últimos Rayos-X del Pecho \_\_\_\_\_                                      Último Electrocardiograma \_\_\_\_\_                                      Úlceras en la pierna  
Otro: \_\_\_\_\_

**DIGESTIÓN DEL ESTÓMAGO:**

Cambios en el apetito                                      Estreñimiento/diarrea                                      Cambio en los hábitos intestinales                                      Nausea/vomito  
Indigestión/agruras                                      Heces negras/con sangre                                      Hemorroides                                      Color amarillento en la piel/ojos  
Distensión abdominal /inflamación                                      Protuberancias visibles en la pared abdominal

¿Experimenta dolor después de comer? En caso afirmativo, ¿Con qué tipos de comidas? \_\_\_\_\_

Último examen rectal \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un examen del colon inferior con un scopio? En caso afirmativo, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha tenido un examen con un scopio mirando el estómago? En caso afirmativo, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha ido a ver a un especialista de Gastroenterología? En caso afirmativo, ¿A quién? \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

**RIÑÓN MICCIÓN:**

Micción frecuente                                      Micción por la noche                                      Micción dolorosa                                      Sangre en la orina  
Difícil de comenzar/detener el flujo                                      Agrandamiento de la próstata                                      Impotencia  
Cáncer de próstata – en caso afirmativo, ¿Qué tipo de tratamiento? \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

**FUNCIONAL:**

Depresión                                      Ansiedad                                      Dificultad para dormir                                      Bajo atención psiquiátrica  
Otro: \_\_\_\_\_

**HISTORIAL MÉDICO FEMENINO:**

Número de embarazos \_\_\_\_\_ Número de hijos \_\_\_\_\_ Número de partos naturales \_\_\_\_\_

Cesáreas SI/NO                                      ¿Está embarazada? SI/NO                                      Último periodo menstrual \_\_\_\_\_

¿Sus menstruaciones son dolorosas? SI/NO

¿Tiene sangrado vaginal o secreción anormal? SI/NO

¿Actualmente tiene algún bulto palpable de mama? SI/NO

¿Tiene dolor en los senos? SI/NO en caso AFIRMATIVO, ¿El dolor está relacionado con su ciclo menstrual? SI/NO

¿Tiene secreción del pezón? SI/NO en caso AFIRMATIVO, ¿De qué color es la secreción? \_\_\_\_\_

¿Usted tiene un historial familiar de cáncer de mama? SI/NO

**HISTORIAL FAMILIAR:**

Madre                                      Edad \_\_\_\_\_                                      Vivo/fallecido                                      Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Padre                                      Edad \_\_\_\_\_                                      Vivo/fallecido                                      Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Hermano/s                                      Edad/es \_\_\_\_\_                                      Vivo/fallecido                                      Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Hermana/s                                      Edad/es \_\_\_\_\_                                      Vivo/fallecido                                      Causa de la muerte \_\_\_\_\_  
Hijos                                      Edad/es \_\_\_\_\_                                      Vivo/fallecido                                      Causa de la muerte \_\_\_\_\_

**REVIEW OF SYSTEMS (SPANISH)**



**ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.**

*Vascular and Endovascular Surgery*

**332-2941**

## POLÍTICA FINANCIERA DE ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS

**Gracias** por elegir a Arizona Vascular Specialists, L.L.C. para sus necesidades quirúrgicas. Los médicos y el personal están comprometidos a proporcionarle con la más alta calidad de atención médica. La siguiente política financiera está en vigencia para ayudarlo con cualquier pregunta que usted pueda tener sobre su obligación financiera con este consultorio. Le pedimos que por favor la revise y confirme con su firma abajo. Toda facturación se completa como cortesía para nuestros pacientes de parte de su proveedor de seguro médico. Los pacientes son responsables de todas las cuentas financieras de todos los servicios médicos.

### SEGURO

Aunque somos participantes de muchas compañías de seguros, en última instancia es su responsabilidad confirmar que Arizona Vascular Specialists, L.L.C., o su doctor, es de hecho un proveedor de su seguro en particular. Nosotros presentaremos una reclamación por el pago de sus servicios a su seguro como una cortesía, pero usted es responsable de todos los copagos o deducibles no cubiertos por su seguro. Éstos se cobran en el momento del servicio. Si se le cobra algún saldo, es requisito hacer el pago dentro de los 30 días de recibir una factura. Los reclamos a seguros secundarios se presentan como una cortesía, y pasan a ser responsabilidad del paciente si el pago no se recibe dentro de los 60 días de presentar un reclamo. Es su responsabilidad estar al tanto de sus beneficios con su seguro. Si su información de seguro, copago, o cobertura ha cambiado en cualquier momento durante su tratamiento, es su responsabilidad notificar a la oficina con la información más actualizada.

### RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE

Los copagos y deducibles se necesitan pagar antes de ser atendido. Si usted necesita que se le envíe una factura por su copago, se le añadirá una cuota de procesamiento de \$10.00 a su saldo. Es su responsabilidad proporcionarnos con cualquier referencia requerida por parte de su seguro. Cualquier servicio considerado "no cubierto" por su seguro será su responsabilidad. Si usted no tiene seguro, o no tenemos un convenio con su aseguradora, usted tendrá que pagar por los servicios antes de recibirlos. Las cuentas de "Pago de Directo de su Bolsillo" son elegibles para un descuento, el cual se debe pagar antes de cualquier servicio; **NO** se hacen arreglos de pago cuando se ha aplicado algún descuento. Si surge una circunstancia donde los arreglos de pago son aprobados, el descuento se aplicará después de que todos los pagos se hayan realizado. Si usted no puede cumplir con su acuerdo de pago, su saldo completo junto con cuotas adicionales se asignará a una agencia de cobranza. Si su cuenta se envía a una agencia de cobranza, usted será responsable de todos los costos. Si usted necesita reprogramar o cancelar su cita/procedimiento en la oficina por favor contacte a nuestra oficina 24 horas antes de su cita para evitar una cuota de \$25.00 para citas en la oficina y \$150.00 para procedimientos en la oficina. Todas las citas que se reprograman por tercera vez requerirán un cargo por pago adelantado de \$25.00 el cual, no está asociado con su copago requerido.

### MÉTODOS DE PAGO

Para su comodidad, las formas aceptables de pago son; dinero en efectivo, cheque, giro (money order en inglés), VISA, MasterCard, American Express, o tarjetas de Débito. Por favor tome nota: si un cheque personal es devuelto por fondos insuficientes, se agregará una cuota de \$25.00 a su cuenta.

### PREGUNTAS DE FACTURACIÓN

Si usted tiene alguna pregunta sobre alguna factura que recibió de nuestra oficina, por favor no dude en contactar a nuestra Oficina de Negocios/Business Office al (520) 777-4090. Nuestras horas hábiles son de 8:00am a 4:30pm. Gracias por permitir que Arizona Vascular Specialists, L.L.C. sea una parte importante de su atención médica. Para cualquier pregunta o preocupación nuestro personal está disponible para ayudarlo.

### RECONOCIMIENTO Y AUTORIZACIÓN

He leído, y entiendo, y estoy de acuerdo con la política financiera mencionada arriba. Independientemente del estado de mí de seguro, yo soy responsable por el pago de cualquiera de los servicios profesionales prestados. Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar una reclamación de beneficios bajo mi póliza y asigno el pago a Arizona Vascular Specialists, L.L.C.

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

## ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS FINANCIAL POLICY (SPANISH)



ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS, L.L.C.

*Vascular and Endovascular Surgery*

332-2941

## Autorización para el Uso y Divulgación de la Información Médica Protegida

### Identificación del Paciente

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

### Información Que Se Divulgará – Cubriendo los Periodos de Atención Médica

Desde (fecha) \_\_\_\_\_ Hasta (fecha) \_\_\_\_\_

*Por favor marque el tipo de información que se divulgará:*

• El expediente médico completo	• Informe de Patología	• Resumen del alta
• Historial y examen físico	• Informes de consultas	• Notas de Progreso
• Resultados/informes de análisis de laboratorio	• Informe de Rayos-X	• Películas/imágenes de rayos-X
• Informe Operatorio	• Reporte de la sala de urgencias	• Factura detallada

Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Autorizo a las personas mencionadas abajo para recibir mi información médica:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

### Divulgación de Registros del Abuso de Drogas y/o de Alcohol, y Psiquiátricos, y/o VIH/SIDA

Yo entiendo que si mi expediente médico o reporte de facturación contiene información referente al abuso de drogas y/o de alcohol, atención psiquiátrica, enfermedades de transmisión sexual, pruebas de Hepatitis B y C, y/u otra información sensible, yo estoy de acuerdo con su divulgación.

*Marque una casilla y ponga sus iniciales*

Yo entiendo que si mi expediente médico o facturación contiene información referente a las pruebas y/o el tratamiento de VIH/SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) las pruebas y/o el tratamiento, yo estoy de acuerdo con su divulgación.

*Marque una casilla y ponga sus iniciales*

### Tiempo Límite y el Derecho de Revocar la Autorización

Salvo en la medida en que la acción ya ha sido tomada en relación con esta autorización, en cualquier momento, puedo revocar esta autorización mediante la presentación de una notificación por escrito al Oficial de Privacidad en Arizona Vascular Specialists L.L.C. 6442 E Speedway Blvd – Suite, 102 – Tucson, AZ 85710. Esta autorización es válida por un período de seis meses desde la fecha de su firma.

### Re-divulgación

Entiendo que la información divulgada por esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación por el recipiente y ya no estará protegida por la ley de 1996 del Seguro de Salud de Portabilidad y Responsabilidad. Las instalaciones, sus empleados, funcionarios y médicos mediante la presente quedarán exentos de cualquier responsabilidad legal o por la divulgación de la información anterior en la medida indicada y autorizada.

### Firma del Paciente o del Representante Personal quien Puede Solicitar la Divulgación

Entiendo que no tengo que firmar esta autorización. No obstante, la autorización para divulgar mis expedientes médicos será negada si no firmo esta forma como se especifica.

Yo autorizo a Arizona Vascular Specialists L.L.C. para divulgar la información médica protegida especificada arriba.

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

Autoridad que firma si no es el paciente: \_\_\_\_\_ Verificado Por: \_\_\_\_\_

Identidad del Solicitante Verificada mediante: • Identificación con Foto • Comparación de la Firma • Otro (especifique): \_\_\_\_\_

## RECORDS RELEASE AUTHORIZATION FOR PHI (SPANISH)

## Política y Consentimiento del Manejo de Dolor de Arizona Vascular Specialists

1. Su médico de Arizona vascular Specialists no le recetará ningún narcótico, píldoras para el dolor, etcétera excepto medicamentos sin receta antes de su operación programada.
2. Después de su operación, los pacientes hospitalizados recibirán medicamentos para el dolor según lo determinado por su evaluación diaria de hospitalización.
3. Como paciente de Arizona Vascular Specialists, un resurtido de medicamentos para el dolor puede ser recetado al ser dado de alta del hospital.
4. A la discreción del médico, un resurtido de medicamento para el dolor puede ser recetado en su cita postoperatoria.
5. Considerando el cuidado de seguimiento continuo, a menos que exista una complicación quirúrgica, no se recetarán más medicamentos para el dolor.
6. A su discreción, el médico en turno puede recetar una pequeña cantidad de medicamento para el dolor determinado como adecuado hasta que regrese su cirujano.
7. No se recetarán medicamentos para el dolor después de las 3:00pm los viernes, por favor contacte la oficina después de las 8:00am en lunes para cualquier solicitud de medicamento para el dolor.

### Entiendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Sinceramente proporcionare a mi médico con un historial de tratamiento y medicamentos completo y preciso, incluyendo registros médicos, tratamientos del dolor anteriores, historial psiquiátrico, e historial de alcohol y otras adicciones a las drogas.
- Tomaré mis medicamentos según las indicaciones de mi médico y no guardaré, venderé o compartiré mis medicamentos.
- Dado que el alcohol y otras drogas recreacionales no deben mezclarse con los narcóticos, no los tomaré mientras reciba tratamiento.
- Informaré a mi médico antes de tomar productos naturistas o medicamentos sin receta.
- **No** voy a obtener narcóticos de ningún otro médico, incluyendo socios de mi médico quien pudieran estar tomando sus llamadas.
- Voy a obtener narcóticos de una farmacia y notificaré a mi médico de cualquier cambio en la farmacia.
- Entiendo que si mi medicamento narcótico se llega a perder, se destruye, es robado, etc., mi médico **no** lo resurtirá hasta que se llegue el tiempo del siguiente resurtido regular.
- Entiendo que mi médico puede compartir información sobre mi atención médica y tratamiento con otros proveedores según sea necesario para mi cuidado continuo.
- Entiendo que no se ha hecho una garantía o promesa en cuanto a los resultados del tratamiento.
- **Pacientes Mujeres:** Confirмо que no estoy embarazada y que inmediatamente notificaré a mi médico si planeo embarazarme o salgo embarazada.

**He leído y entiendo completamente este formulario. Entiendo que no debo firmar si todos los puntos, incluyendo todas mis preguntas, no han sido explicadas o respondidas satisfactoriamente o si no entiendo cualquiera de los términos o palabras contenidas en este formulario. No tengo más preguntas.**

**No firme a menos que haya leído y entienda a fondo este formulario.**

**Al rehusar firmar este consentimiento, entiendo que no se emitirán más recetas.**

Al firmar este formulario, confirмо que he leído, entiendo, doy mi consentimiento y estoy de acuerdo con lo mencionado arriba.

\_\_\_\_\_  
PACIENTE | REPRESENTANTE LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_  
FECHA

**ARIZONA VASCULAR SPECIALISTS PAIN MANAGEMENT POLICY & CONSENT (SPANISH)**

**6442 E. Speedway Blvd – Suite 102 – Tucson, AZ 85710 (520) 777-4090**

**FAX: (520) 332-2941**