

DONGCHAU NGUYEN, MD

Memorial Hermann Medical Plaza II

11920 Astoria Boulevard, Suite 300

Houston, TX 77089

(281) 481-1197

PATIENT REGISTRATION / REGISTRO DE PACIENTES

Name _____
(Last / Apellido) (First / Primer Nombre) (Middle / Segundo Nombre)

Sex (circle) Male / Female Social Security # _____ DOB _____
Sexo Hombre / Mujer (Número de Seguridad Social) (Fecha de Nacimiento)

Address _____
Dirección Number / Número Street / Nombre de La Calle City / Ciudad State / Estado Zip

Home Phone _____ Cell Phone _____
Teléfono de Casa Teléfono Móvil

Work Phone _____ Occupation _____
Teléfono del Trabajo Ocupación

Family Physician _____ Phone _____
Médico familiar Número de teléfono

Emergency Contact/ Contacto de emergencia

Name _____ Relationship _____
Nombre Relación
Home Phone _____ Cell Phone _____
Teléfono de casa Teléfono móvil

PATIENT / GUARDIAN RESPONSIBILITY

You are responsible for payment(s) to your account regardless of the status of your insurance claim. Each account not paid in accordance with our payment requirements is subject to review for further collection measures.

To cancel an appointment, you must notify the office 24 hours in advance. In the event of two (2) missed consecutive appointments, failure to notify the office may result in a fee, which will be applied to your next office visit.

RESPONSABILIDAD DEL PACIENTE / TUTOR

Usted es responsable de los pagos a su cuenta independientemente del estado de su reclamo de seguro. Cada cuenta no pagada de acuerdo con nuestros requisitos de pago está sujeta a revisión para otras medidas de cobranza.

Para cancelar una cita, debe notificar a la oficina con 24 horas de anticipación. En caso de que falten dos (2) citas consecutivas, la falta de notificación a la oficina puede generar una tarifa, que se aplicará a su próxima visita al consultorio.

Patient Signature / Authorized Signature / Firma

Date / Fecha

Next page ⇨

DONGCHAU NGUYEN, MD

Memorial Hermann Medical Plaza II

11920 Astoria Boulevard, Suite 300

Houston, TX 77089

(281) 481-1197

**RECEIPT OF NOTICE OF PRIVACY PRATICES
WRITTEN ACKNOWLEDGMENT FORM**

(FORMULARIO DE NOTIFICACIÓN DE INFORMACIÓN DE PRIVACIDA)

I, _____, have been informed of my physician's
(Print Name)
notice of privacy practices.

Yo, _____, he sido informado sobre el aviso de prácticas de
(Imprimir el nombre)
privacidad de mi médico.

PATIENT SIGNATURE
(Firma del paciente)

DATE
(Fecha)

HIPAA policy regarding telephone calls for test results. **We will leave test results on your answering machine UNLESS** you specifically request that we do not leave a message on your machine regarding test results. **If you do not** want us to leave a message on your answering machine, it will be your responsibility to make an appointment one (1) week after the test is performed to discuss results.

Política HIPAA con respecto a llamadas telefónicas para resultados de pruebas. **Dejaremos los resultados de las pruebas en su contestador automático A MENOS QUE solicite específicamente que no dejemos un mensaje en su máquina con respecto a los resultados de las pruebas.** Si no desea que dejemos un mensaje en su contestador automático, será su responsabilidad hacer una cita una (1) semana después de realizada la prueba para analizar los resultados.

_____ PATIENT INITIALS / INICIALES DEL PACIENTE

In hopes of creating a better experience and communication with patients, we are now using a system that allows us to send medical records and messages to patients.

Would you be interested in enrolling in this service?

Yes No

Email: _____

Next page ⇨

Next page →

Dear Patient:

We want to make sure you are aware of a condition that may affect you. As many as 12 million Americans have **Peripheral Arterial Disease (PAD)** and many go dangerously unrecognized. It is a condition in which the arterials that carry blood to the muscles of the legs become narrowed due to the build up of plaque. This is the same disease process that causes blockages in the heart.

Poor circulation may result in the legs when the blood flow becomes sluggish or even blocked. It can result in leg pain or “fatigue”, which can limit your physical activity. Having PAD may also increase your risk of a heart attack or stroke if untreated.

Please take a moment to answer the questions below so that we may briefly screen you for PAD. If you have any questions or concerns regarding PAD and your risk, or would like more information, please do not hesitate to ask.

1. Do you have any discomfort or aching in the muscles of your legs when you walk that is relieved by rest?
 Yes No

2. Do your legs ever feel fatigued or heavy when walking or are active?
 Yes No

3. Are you bothered most nights with burning, pain, or coldness in your toes or feet?
 Yes No

4. Do you ever need to stop and rest when walking or have difficulty keeping up with others?
 Yes No

5. Would you have difficulty doing any of the following because of leg fatigue, weakness, or discomfort?
Walking one (1) block? Yes No
Climbing one (1) flight of stairs? Yes No
Walking at an increased pace? Yes No

6. Have you noticed changes in the color or temperature of your feet?
 Yes No
or experienced poor healing of wounds?
 Yes No

7. Do you have a history of, or take, medication for any of the following?
 Diabetes or “borderline” diabetes
 Age >70 years
 Smoking or history of smoking

Name: _____ Date: _____

Notes:

Estimado paciente:

Thank You

Queremos asegurarnos de que conoce una afección que pueda afectarlo. Hasta 12 millones de estadounidenses tienen **enfermedad arterial periférica (PAD)** y muchos son peligrosamente desconocidos. Es una afección en la cual las arterias que llevan sangre a los músculos de las piernas se estrechan debido a la acumulación de placa. Este es el mismo proceso de enfermedad que causa bloqueos en el corazón.

Una circulación deficiente puede provocar las piernas cuando el flujo sanguíneo se vuelve lento o incluso bloqueado. Puede provocar dolor en las piernas o "fatiga", que puede limitar su actividad física. Tener PAD también puede aumentar su riesgo de sufrir un ataque cardíaco o un derrame cerebral si no se trata.

Tómese un momento para responder las preguntas a continuación, de modo que podamos seleccionarlo brevemente para el PAD. Si tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a PAD y su riesgo, o si desea obtener más información, no dude en preguntar.

1. ¿Tiene alguna molestia o dolor en los músculos de sus piernas cuando camina que es aliviado por el descanso?
 Sí No
2. ¿Sus piernas se sienten fatigadas o pesadas al caminar o están activas?
 Sí No
3. ¿Te molestan la mayoría de las noches con ardor, dolor o frialdad en los dedos de los pies o los pies?
 Sí No
4. ¿Alguna vez necesita detenerse y descansar cuando camina o tiene dificultades para mantenerse al día con los demás?
 Sí No
5. ¿Te sería difícil hacer algo de lo siguiente debido a la fatiga de la pierna, debilidad o ¿incomodidad?
Caminando un (1) bloque? Sí No
¿Escalar un (1) tramo de escaleras? Sí No
Caminando a un ritmo acelerado? Sí No
6. ¿Has notado cambios en el color o la temperatura de tus pies?
 Sí No
o experimentado una pobre curación de heridas?
 Sí No
7. ¿Tiene antecedentes de, o toma, medicamentos para cualquiera de los siguientes?
 Diabetes o diabetes "límite"
 Edad > 70 años
 Fumar o antecedentes de fumar

Nombre: _____

Fecha: _____

Notas:

Thank You

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha _____

Revisión de Sistemas

(Compruebe si tiene alguno de los siguientes por favor)

Salud general **pobre / justa / bueno / excelente**

◇ General / Constitución

- Cambio de peso
- Fiebre
- Resfriado
- Fatiga
- Debilidad

◇ Oídos / Nariz / Garganta / Ojos

- Problemas de oído
- Zumbido en los oídos
- Glándulas hinchadas
- Problemas de la vista
- Disturbio visual

◇ Cardiovascular

- Opresión en el pecho
- Dolor de pecho
- Dificultad para respirar en reposo
- Dificultad para respirar mientras hace ejercicio
- Calambres en las piernas
- Aturdimiento / mareos
- Frecuencia cardíaca irregular / rápida
- Hinchazón

◇ Respiratorio

- Tos
- Respiración dificultosa
- Sibilancias

◇ Gastrointestinal

- Dolor abdominal
- Náuseas
- Vómitos
- Acidez estomacal
- Estreñimiento
- Diarrea
- Sangre en el excremento

◇ Gastrourinario

- Sangre en la orina
- Micción frecuente
- Ardor o dolor al orinar

◇ Hematológico / Linfático

- Fácil sangrado o hematomas
- Glándulas hinchadas

◇ Integumentario

- Masa mamaria
- Hematomas
- Picazón
- Cambios en el color de la piel
- Masa cutánea

◇ Musculoesquelético

- Dolor de espalda
- Dificultad para caminar
- Dolor en las articulaciones
- Movilidad conjunta limitada
- Dolor muscular
- Dolor de cuello
- Rigidez
- Ternura

◇ Neurológico

- Dolores de cabeza
- Migrañas
- Síncope (desmayo)
- Temblores
- Debilidad / entumecimiento en el brazo
- Debilidad / entumecimiento en la pierna

◇ Psiquiátrico

- Ansiedad
- Depresión
- Estrés

◇ Consumo de tabaco, alcohol y drogas

- Actualmente humo
- Actualmente bebe alcohol
- Actualmente usa drogas recreativas
- No fumador con antecedentes de fumar
- No bebedor con historial de beber
- Suario no drogodependiente con antecedentes de consumo de drogas