

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento

Número de teléfono

Correo electrónico del paciente

Proveedor de seguro

ID del seguro / Número de póliza

Seguro secundario (si aplica)

Ubicación preferida de Metro Vein Centers (si aplica)

¿Autorización del seguro/Porcentaje de autorización ya obtenido? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR QUE REMITE

Nombre del proveedor

NPI

Nombre de la práctica/grupo

Dirección del consultorio

Teléfono

Fax

Firma

Fecha

LISTA DE SÍNTOMAS

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Piernas doloridas | ☐ Dolor al estar de pie | ☐ Piel seca y escamosa sobre várices |
| ☐ Pesadez | ☐ Sensación de ardor | ☐ TVP/EP previo |
| ☐ Hormigueo o picazón | ☐ Úlcera/llaga abierta | ☐ Várices/arañas vasculares |
| ☐ Hinchazón de las piernas | ☐ Decoloración de la piel | ☐ Sensible/caliente al tacto |
| ☐ Enrojecimiento | ☐ Piernas inquietas | ☐ Calambres en pantorrilla/pie por la noche |

ENVIAR EL FORMULARIO COMPLETO A:

TELÉFONO: 844-491-5128 | FAX: 855-217-9379