

Thomas C. Lackey II, DO

General Surgery
Vein Specialist



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

Francesca Mertan, PA-C
Lauren Fazenbaker, PA-C
Raeann Fultz, PA-C

Melissa Fleck, M.D

Vein Specialist

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

SSN/ Número de Seguro Social: _____

Address/ Dirección: _____

Out of State Address/ Dirección Fuera del Estado: _____

Home Telephone/Teléfono Hogar: _____ Cell Phone/Número Celular: _____

E-mail/ Correo Electrónico: _____

Circle/ Circular: Work/ Empleo - Retired/Retirado - Disabled/ Incapacidad - Unemployed/Desempleado

Place of Work/ Lugar de Trabajo: _____

Married Divorced Widowed Single

RACE/ ETHNICITY: ASIAN CAUCASIAN BLACK HISPANIC AMERICAN INDIAN

Emergency Contact (Name/Phone Number)/ Contacto de Emergencia (Nombre/ # Teléfono):

Primary Insurance/Seguro Primario: _____

Secondary Insurance/Seguro Secundario: _____

Primary Physician/ Doctor Primario: _____

Cardiologist/Cardiólogo: _____ Dr. Number/Teléfono del Dr.: _____

Pharmacy/ Farmacia: _____

How did you hear about us? _____

Cómo escuchó usted de Dr. Lackey? _____

Referring Physician Name/ Referido por Doctor: _____

Patient or Guardian Signature/Paciente o Tutor Legal: _____ Date/Fecha: _____

PATIENT MEDICAL HISTORY/ HISTORIA MÉDICA DEL PACIENTE

Date/ Fecha: _____ **DOB/Fecha de Nacimiento:** _____

Patient Name/Nombre del Paciente: _____

Chief Complaint/ Problem- Problema: _____

How long have symptoms been present/ cuánto tiempo ha estado presente los síntomas? _____

Past History/ Historia Pasada: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

GERD -Reflujo Estomacal	Varicose Veins/Venas Varicosas	HIV
COPD	Osteoarthritis/ Arthritis	High Cholesterol
Cardiac Disease	Diabetes: (type) _____	(Colesterol Alto)
Obesity/Obesidad	DVT/ Blood Clot	IBS
Hypertension/High Blood Pressure/Alta Presión	Cancer: (type) _____	

Other/ Otro: _____

Past Surgical History/ Historia Quirúrgica: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Gallbladder/Vesícula	Colon/Intestino	Hernia (type): _____
Breast/Seno	Appendectomy/Apéndice	Cancer (type): _____
Hemorrhoids	Total Abdominal Hysterectomy	Stents (How many?) _____

Other/ Otro: _____

Allergies to Medication/ Alergia a Medicamentos:

Social History/ Historia Social: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Alcohol: **YES / NO** _____ Past History: **YES / NO**
Tobacco: **YES / NO** (packs per day) _____ Past History: **YES / NO**

Family History/ Historia Familiar: (please check mark if applicable/ por favor marque si aplica)

Hypertension/Alta Presión	Varicose Veins/Venas Varicosas
Pulmonary/Pulmonar	Breast/Seno
Diabetes Mellitus/Diabetes	Cancer: (type) _____
Cardiac Disease/Condición Cardíaca	Other: _____



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

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

MEDICATIONS/MEDICAMENTOS

Please print below or give a copy of medication list to office staff

Favor de escribir o proveer una copia de la lista de medicamentos al asociado de la oficina

In print, write medications, strength, and reason for taking the medications.

EN LETRA DE MOLDE ESCRIBA EL NOMBRE DEL MEDICAMENTO, DOSIS, RAZON POR LA CUAL TOMA EL MISMO.

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.
- 15.
- 16.
- 17.
- 18.
- 19.
- 20.
- 21.
- 22.
- 23.
- 24.

Blood Thinner Medication Name/ Medicamento Anticoagulante: _____

Strength/ Concentración de Medicamento: _____



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

FINANCIAL AGREEMENT, PATIENT'S STATEMENT, AND ASSIGNMENT OF BENEFITS

I, the patient, authorize Florida Lakes Surgical, PLLC (dba Florida Lakes Vein Center) and/ or Thomas Lackey D.O. and/or practice providers to release any and all information necessary to secure reimbursement from any insurance company which I have subscribed. The insurance policy is a contract between me and the insurance company, and I understand that I am responsible for all charges incurred whether or not paid by the insurance company. Our office will file your claim with insurance company as a courtesy. I also authorize and direct payment to be made directly to Florida Lakes Vein Center and/or Thomas Lackey D.O. for the service rendered either medically or surgically. However, it is the patient's responsibility to have all insurance information at the time the service is rendered. All co-payment, deductibles, percentages, co-insurances, etc. are the patient's responsibility and will be collected prior to services rendered. If you have past payments for services that were performed prior to your initial office visit, the payments must be due before services rendered in the office. All payments are to be paid in full of any receipt of a bill and should be paid immediately. Furthermore, the patient will assist in billing appropriate to insurance companies. If for any reason there is outstanding balance or delinquent account, it is the patient's responsibility to pay in full or appropriate actions will be taken to collect the payment. I agree and understand that I am responsible for any costs incurred in collection of said balance, should that become necessary. All other arrangements or payment plans can be made with the office manager or billing manager.

ACUERDO FINANCIERO, ESTADOS DEL PACIENTE Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS

Yo, el paciente, autorizo a Florida Lakes Vein Center y/o Thomas Lackey D.O. para divulgar toda la información necesaria para asegurar el reembolso de cualquier compañía de seguros a la que me he suscrito. La póliza de seguro es un contrato entre yo y la empresa de seguro, y entiendo que soy responsable de todos los cargos incurridos, ya sean o no pagados por la empresa de seguro. Nuestra oficina presentará su reclamo a la compañía de seguro como cortesía. También autorizo y el pago será hecho directamente a Florida Lakes Vein Center y/o Thomas Lackey D.O. por el servicio prestado médicamente o quirúrgicamente. Sin embargo, es responsabilidad del paciente tener toda la información del seguro en el momento que se presta el servicio. Todos los co-pagos, deducibles, porcentajes, coaseguros, etcétera, son responsabilidad del paciente y se cobrarán antes de que los servicios sean prestados. Si usted tiene pagos anteriores pendientes por servicios que se realizaron antes de a su visita previa a la oficina, los pagos son pagaderos antes de que los servicios prestados. Todos los pagos deben ser pagados en su totalidad de cualquier recibo de factura y deben ser pagados inmediatamente. Además, el paciente ayudará en la facturación de las compañías de seguros correspondientes. Si por alguna razón, hay saldo pendiente o cuentas morosas, es responsabilidad del paciente pagar en su totalidad o se harán las acciones apropiadas para cobrar el pago. Estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable de cualquier costo incurrido en la recolección de dicho balance en caso de que sea necesario. Todos los demás arreglos o planes de pago se pueden hacer con el gerente de la oficina o gerente de facturación, dependiendo de las circunstancias.

Patient or Guardian Signature/Paciente o Tutor Legal: _____ *Date/Fecha:* _____



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

CONSENT FOR TREATMENT

I, undersigned patient, parent or legal guardian, do present myself (or the patient) for care or treatment at the office of Florida Lakes Surgical, PLLC (dba Florida Lakes Vein Center) and/or Thomas Lackey D.O, and/or all providers a voluntarily consent to the rendering of such care or treatment, including but not limited to consultation, performance of diagnostic testing, and/or surgical procedures that may be rendered in the office or other facility needed for appropriate care. I understand that the physician may rely on other services to help facilitate my care (i.e. radiology, laboratory, pathology, physicians).

CONSENTIMIENTO PARA TRATAMIENTO

Yo, paciente abajo firmante, padre o tutor legal, me presento (o al paciente) para la atención o el tratamiento en la oficina de Florida Lakes Surgical, PLLC (dba Florida Lakes Vein Center) y/o Thomas Lackey D.O. un consentimiento voluntario para la prestación de tales cuidados o tratamientos, incluyendo pero no limitado a consulta, realización de pruebas diagnósticas y/o procedimientos quirúrgicos que puedan ser prestados en la oficina u otras instalaciones necesarias para una atención adecuada. Entiendo que el médico puede confiar en otros servicios para ayudar a facilitar mi atención (es decir, radiología, laboratorio, patología, médicos).

Patient or Guardian Signature/Paciente o Tutor Legal: _____ ***Date/Fecha:*** _____



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

Authorization to Release Medical Records/ Obtain Medical Records
Autorización para Devulgar Registros Médicos/ Obtener Registros Médicos

Patient Name/ Nombre del Paciente: _____

DOB/ Fecha de Nacimiento: _____ Telephone/Teléfono: _____

Address/ Dirección: _____

Release of Information/ Devulgación de Información

Thomas Lackey, D.O - Melissa Fleck, M.D.
Francesca Mertan, PA-C - Lauren Fazenbaker, PA-C - Raeann Fultz, PA-C

I certify that this request has been made voluntarily and that the information given above is accurate to the best of my knowledge. I understand that I may revoke this authorization at any time, except to the extent that action has already been taken to comply with it. Those receiving the information without any further written consent may not disclose my medical information. By signing below, I authorize Florida Lakes Surgical, PPLC to release/ obtain copies of my medical records including information concerning psychological/ psychiatric evaluation, HIV/AIDS test results and treatments, and alcohol/ substance and abuse treatment.

Certifico que esta solicitud se ha realizado de forma voluntaria y que la información proporcionada anteriormente es precisa según mi mayor conocimiento. Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se haya tomado acción para cumplirla. Aquellos que reciban la información por escrito sin mi conocimiento, no pueden divulgar mi información médica. Al firmar a continuación, autorizo a Florida Lakes Surgical a divulgar/ obtener copias de mis registros médicos, incluida la información relacionada con la evaluación psicológica/psiquiátrica, los resultados y tratamientos de las pruebas de VIH/ SIDA, y el tratamiento por abuso de alcohol/ sustancias.

Patient or Guardian Signature/Paciente o Tutor Legal: _____ ***Date/Fecha:*** _____



FLORIDA LAKES
VEIN CENTER

HIPAA

Nuestro Aviso de Privacidad proporciona información sobre cómo podemos usar y divulgar información médica protegida sobre usted. El Aviso contiene una sección de Derechos del Paciente que lo describe sus derechos bajo la ley. Usted tiene derecho a revisar nuestro Aviso antes de firmar el Consentimiento. Los términos de nuestro aviso pueden cambiar. Si cambiamos nuestro Aviso, puede obtener una copia revisada, poniéndose en contacto con nuestra oficina. Usted tiene derecho a solicitar que restrinjamos la información de salud protegida acerca de usted es utilizada o se divulgada para el tratamiento, pago u operaciones de atención médica. No estamos obligados a aceptar esta restricción, pero si lo hacemos, respetaremos ese acuerdo. Al firmar este formulario, usted acepta nuestro uso y divulgación de información médica protegida sobre usted para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica. Usted tiene derecho a revocar este Consentimiento por escrito y firmado por usted. Sin embargo, dicha revocación no afectará las divulgaciones que ya hayamos hecho en función de su consentimiento previo. La Práctica proporciona este formulario para cumplir con la Portabilidad del Seguro De Salud y Ley de Rendición de Cuentas de 1996 (HIPAA).

El paciente entiende que: 1. La información de salud protegida puede ser revelada o utilizada para el tratamiento, u operaciones de atención médica. 2. La Práctica tiene un Aviso de Prácticas de Privacidad y el paciente tiene la oportunidad de revisar este aviso. 3. La Práctica se reserva el derecho de cambiar las políticas de Aviso de Privacidad. 4. El paciente tiene derecho a restringir el uso de su información, pero la Práctica no tiene que aceptar esas restricciones. 5. El paciente puede revocar este Consentimiento por escrito en cualquier momento y todas las divulgaciones futuras cesarán. 6. La práctica puede condicionar tratamiento en el momento de la ejecución de este Consentimiento.

Autorizo a Thomas Lackey D.O. y al personal médico de Florida Lakes Surgical, PLLC y/o Rachel Sims ARNP, divulgar mi información de atención médica a lo siguiente(s) persona(s):

Pareja: _____ Otro: _____

Miembro de Familia: _____

La información puede divulgarse a los enumerados anteriormente por teléfono, mensaje en el contestador automático, fax, correo, en persona, mensaje de texto, correo electrónico u otros medios.

Patient or Guardian Signature/Paciente o Tutor Legal: _____ **Date/Fecha:** _____