



California Heart & Vascular Clinic

California Heart & Vascular Clinic  
Athar Ansari, M.D., INC. Cardiology  
790 W. Orange Ave., Ste. B  
El Centro, CA 92243

Phone: (760) 353-3222  
Fax: (760) 353-3311

## DERIVACIÓN DE UN PACIENTE NUEVO A CARDIOLOGÍA

Se aprecia enormemente su derivación. Para que su paciente pueda ser visto en nuestra oficina para una consulta requeriremos ciertos registros médicos. Por favor, envíe por fax los registros médicos que se solicitan abajo tan pronto como sea posible antes de la cita del paciente. Si el paciente requiere autorización previa de su seguro médico, por favor, obténgala antes de la cita. Si los registros médicos no se reciben antes de la visita, se aplazará la cita de su paciente.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono del paciente: \_\_\_\_\_

Seguro del paciente: \_\_\_\_\_

¿Se requiere autorización?  Sí  No

Fecha de la derivación: \_\_\_\_\_ Persona que solicita la derivación: \_\_\_\_\_

### Razón de la derivación:

Consulta: \_\_\_\_\_

Cinta de correr normal: \_\_\_\_\_

Prueba de esfuerzo en cinta de correr (Si el paciente es capaz de hacer ejercicio): \_\_\_\_\_

Prueba de esfuerzo con Adenosina (Si el paciente no es capaz de hacer ejercicio): \_\_\_\_\_

Ecocardiografía: \_\_\_\_\_

Holter: \_\_\_\_\_

Otro, explicar: \_\_\_\_\_

Fecha de la cita: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Médico al que se deriva: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Por favor, envíe la siguiente información:

- Historial actual y revisión física, consultas u hospitalizaciones
- Notas de progreso recientes
- Medicación actual (Por favor, aconseje al paciente que traiga los medicamentos a la cita)
- ECG, ecos, pruebas de esfuerzo o cualquier otra prueba relacionada que se haya solicitado previamente con relación a la derivación. Análisis de laboratorio, radiografías.

Comentarios:

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD: ¡IMPORTANTE! LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTE FACSIMIL SOLO ESTÁ DESTINADA AL EL USO PERSONAL Y CONFIDENCIAL DE LOS RECEPTORES DESIGNADOS QUE SE NOMBRAN ARRIBA. ESTE MENSAJE PUEDE SER UN COMUNICADO MÉDICO/PACIENTE Y, COMO AGENTE RESPONSABLE DE HACER LA ENTREGA AL RECEPTOR AL QUE ESTÁ DIRIGIDO, LE NOTIFICAMOS QUE HA RECIBIDO ESTE DOCUMENTO POR ERROR Y QUE CUALQUIER REVISIÓN, DIFUSIÓN, DISTRIBUCIÓN O COPIA DE ESTE MENSAJE ESTÁ ESTRICTAMENTE PROHIBIDO.

Completed by: \_\_\_\_\_