

Family Foot and Ankle Care, PC

Nombre de paciente: _____ Numero de Seguridad Social: _____
Direccion local: _____ Seguridad Social de responsable: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____ Numero de tele (local): _____
Direccion permanente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo: _____ Edad: _____
Numero de tele permanente: _____ Sexo: M F
Relacion de responsable a paciente: _____ Licencia para manejar: _____
Numero de tele de responsable: _____ Estado de casamiento: S M W D Sep
Nombre en caso de emergencia: _____ Telefono: _____

Informacion de trabajo

Empleo de paciente: _____ Telefono: _____
Empleo de esposo/responsable: _____ Telefono: _____

Informacion de aseguranza--por favor dejanos hacer copia de tarjeta de aseguranza

1. Compania de aseguranza principal: _____ Fecha de empiezo: _____
Direccion de aseguranza principal: _____ Relacion a paciente: _____
Numero de grupo: _____
Telefono de aseguranza: _____ Numero de identificacion: _____
Nombre de empleado: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento de empleado: _____
2. Compania de aseguranza secundaria: _____ Fecha de empiezo: _____
Direccion de aseguranza secundaria: _____ Relacion a paciente: _____
Numero de grupo: _____
Telefono de aseguranza: _____ Numero de identificacion: _____
Nombre de empleado: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento de empleado: _____

Informacion sobre el accidente:

Fecha: _____ Como/donde: _____ Relatado con el empleo: Si No
Ha recibido tratamiento por otro doctor por el accidente?: Si No Nombre de doctor: _____

Doctor principal: _____ Telefono: _____
Podologo anterior: _____ Telefono: _____
Referido por: _____
Por que ha venido a ver el doctor? _____

Doy permiso al doctor hacer tratamiento necesario. Tambien estoy de acuerdo que voy a pagar por los servicios en la manera siguiente: (indique uno)

1. Dinero o cheque al tiempo de tratamiento
2. Tarjeta de credito al tiempo de tratamiento
3. Voy a hacer planes por pagar con la oficina.
4. Voy a dar formas de aseguranza y informacion y voy a pagar mi co-payment, deductible, y la porcion que cobra la aseguranza.
5. Doy permiso que el doctor usa mis documentos medicos para reclamo con la compania de aseguranza.

Nosotros reservamos el derecho de cobrar usted si cancela sin 24 horas de noticia antemano. No venir por la cita no es bueno por dos personas--usted y otra persona esperando por una cita.

Firma de paciente: _____ Fecha: _____ inicial
(padre o responsable si el paciente es de menor edad)

Historia medical

Nombre: _____

Fecha: _____

Describe en sus propias palabras sus problemas de pie/tobillo: _____

Problemas medicos: _____

Medicamentos: _____

Cirujias/anestesia: _____

Problemas con anestesia/cirujia: _____

Tiempos en el hospital: _____

Ha tenido transfusion de sangre? Si _____ No _____

Numero: _____

Esta embarazada? Si _____ No _____

Numero de meses: _____

Se cansa los pies a los finales del dia? Si _____ No _____

Tiene dolor de la espalda? Si _____ No _____

Tiene, o has tenido anteriormente, lo siguiente: ()

_____ Calambres o entumecido de los pies

_____ Gota

_____ Hinchazon de los tobillos o pies

_____ Hepatitis

_____ Enfermedad de los rinones

_____ Arthritis

_____ Enfermedad de corazon

_____ Anemia

_____ Problemas del higado

_____ Phlebitis

_____ Efusion de sangre de la cabeza

_____ Asthma

_____ Vena varicosa

_____ SIDA/HIV

_____ Fiebre rheumatica

_____ Otro _____

_____ Diabetes

_____ Fecha de prueba de sangre por azucar: _____

Tiene alergia a:

_____ Penicilina

_____ Lidocaine

_____ Anestesia

_____ Medicamentos

_____ Codeine

_____ Comidas

_____ Aspirina

_____ Cinta

_____ Sulfa

_____ Otro _____

Nombre de doctor: _____

Historia de familia

Presion alta _____ Quien? _____

Enfermedad de corazon _____ Quien? _____

Diabetes _____ Quien? _____

Problemas de los pies _____ Quien? _____

Fuma usted? _____ Cuanto: _____

Bebe usted? _____ Cuanto: _____

Ha usado la droga? _____

Altura: _____ Peso: _____ Edad: _____

Firma del doctor: _____

Fecha: _____