



# Kentucky / Indiana Foot and Ankle Specialists

Care That's Always a Step Ahead.

## FORMA DE REGISTRACIÓN DE PACIENTE

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Celular: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Teléfono Secundario: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: M / F  
Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ (para portal de paciente)  
Marital Estado (circular uno): S C V D Otro Lenguaje: \_\_\_\_\_  
Étnica (circular uno) Hispano o Latino No Hispano o Latino Otro  
Raza (circular uno) Nativo de Alaska / Indio Asiático Americano Asiático Negro / Afroamericano Nativo  
Hawaiano Americano / Otro Isleño Pacífico Blanco Negro a Contestar  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
Médico de Cabecera: \_\_\_\_\_ Nombre de Práctica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre del Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

### GARANTE DE INFORMACIÓN: COMPLETE ESTA SECCIÓN SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD

Relación de Paciente a Garante: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_  
SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo: M / F  
¿Usted tiene Poder Legal o Tutor Legal del paciente? (circular uno): Si / No  
**\*\*Si es si, tiene que proveer a nuestra oficina los documentos apropiados antes de tratamiento**

### INFORMACIÓN DE ASEGURANZA: Debemos de tener copias de TODAS las tarjetas de aseguranzas si es aseguranza privada.

Por favor Circular Uno: ¿Aseguranza Personal? ¿Compensación al Trabajador? ¿Pagar si mismo? ¿Aseguranza de Auto?  
Fecha de Lesión / Comienzo de Síntomas: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Aseguranza Primaria: \_\_\_\_\_ ID / Política #: \_\_\_\_\_  
Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación de paciente a asegurado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: M / F  
Nombre de Empleador de Suscriptor / Teléfono: \_\_\_\_\_  
Nombre y Teléfono de Ajustador: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Aseguranza Secundaria: \_\_\_\_\_ ID / Política #: \_\_\_\_\_  
Nombre de Suscriptor: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Relación de paciente a asegurado: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: M / F  
Nombre de Empleador de Suscriptor / Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Estatura: \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas      Peso: \_\_\_\_\_ lbs.      Tamaño de Zapato \_\_\_\_\_

Por favor díganos su queja principal de pe / tobillo hoy: \_\_\_\_\_

### CONSENTIMIENTO PARA OBTENER HISTORIAL MEDICO ELECTRÓNICO, LLAMADAS DE TELÉFONO Y USO DE CORREO ELECTRÓNICO

Yo entiendo que mi historial de medicamentos puede ser obtenido utilizando información electrónica intercambiada y que esta información de salud protegida puede proveer información valorable para mi proveedor de salud. Yo por lo presente autorizo KY/IN Foot & Ankle Specialists para tener acceso a mi historial medico sin limitaciones o exclusiones como son requerido y/o razonablemente aconsejables divulgar, procesar, obtener, transmitir y ver, para el propósito de transmisión de recetas electrónicas por mi proveedor autorizados por ley a recetar, cuando sea necesario para mi cuidado y tratamiento.

Si en cualquier momento yo provengo un número de teléfono al donde ser contactado, yo doy consentimiento de recibir llamadas o mensajes de texto, incluyendo, pero no limita comunicación acerca de mi factura y pago por artículos y servicios, amenos que yo notifique al proveedor por escrito. En esta sección, llamadas y mensajes de texto incluye, pero no son limitados a mensajes grabados, mensajes con voz artificial, dispositivos de marcación telefónica u otra tecnología de asistencia computarizada, o por correo electrónico, mensaje de texto o por otros métodos de comunicación electrónica del hospital, contratistas, servicios, proveedores de clínica, abogados o sus agentes, incluyendo agencias de colección.

Si en cualquier momento proporciono un correo electrónico al cual pueda ser contactado, amenos que yo notifique al proveedor por escrito, yo doy consentimiento e recibir comunicación acerca de facturación y pagos por artículos y servicios a este correo electrónico del hospital, contratistas, servicios, proveedores de clínica, abogados o sus agentes, incluyendo agencias de colección

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Farmacia & # de Teléfono:**

\_\_\_\_\_  
**Ubicación de Farmacia:**

X \_\_\_\_\_

**Firma**

Lista de Todos los **MEDICAMENTOS ACTUALES:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Marque si alguno

¿Es usted un paciente del programa de Manejo de Dolor?  Si  No Si es si, Nombre de Medico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

• Si usted está bajo el cuidado de un médico de manejo de dolor, nuestra oficina requiere que todos los medicamentos sean recetados por ese médico.

• Faltar a proveer información correcta resultara en ser dado de alta de la práctica.

**¿Usted es alérgico a cualquiera medicamento, rayos-x, u otras sustancias? Si / No (Si es si, por favor marque todos los que apliquen):**

- |                                    |                                     |   |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Novocaína | <input type="checkbox"/> Demerol    | <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva |
| <input type="checkbox"/> Darvon    | <input type="checkbox"/> Tinte      | <input type="checkbox"/> Penicilina     |
| <input type="checkbox"/> Aspirina  | <input type="checkbox"/> Látex      | <input type="checkbox"/> Yodo           |
| <input type="checkbox"/> Sulfa     | <input type="checkbox"/> Mercurial  | <input type="checkbox"/> Otro: _____    |
| <input type="checkbox"/> Codeína   | <input type="checkbox"/> Mertiolato | _____                                   |

### HISTORIAL SOCIAL GENERAL

Fumar:  Nunca Fumada  Fumador Diario Actual  Fumador Anterior

Si alguna vez a fumado o fumador anterior:¿Cantidad de Años? \_\_\_\_\_ ¿Cantidad de paquetes al día? \_\_\_\_\_

Alcohol: Yo Tomo  Nunca  Diario  Semana  Mes  Raro

Uso de Drogas Recreacional:  Si  No  Uso Anterior Tipo de sustancia usada: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente discapacitado?  Si  No

¿Tiene un testamento en vida?  Si  No      Usted tiene un poder notarial duradero?  Yes  No

¿Si es si, quien? \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Ocupación: (Por favor describa brevemente que es su trabajo.) \_\_\_\_\_