

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del paciente _____ Seguro social del paciente _____
 Domicilio del paciente _____ Fecha de nacimiento ____/____/____ Años _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Sexo: M F Estado civil: S M D W Sep Otro
 Teléfono # _____ Nombre del cónyuge _____
 Celular # _____ Dirección permanente _____
 Parte responsable (si es menor) _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Dirección de la parte responsable _____ Teléfono de la Guardian legal # _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Correo electrónico _____
Raza / origen étnico: Casuca/Blanco Afroamericano Asiático Latino / Hispano Nativo americano Europeo Otro _____
Idioma Natal: _____

INFORMACION DE EMPLEO

Ocupación del paciente / padre _____

Empleador _____ Empleador del cónyuge _____
 Dirección del empleado _____ Dirección del empleo _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Teléfono del empleador # _____ Teléfono del empleador # _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO: copiaremos su tarjeta de seguro, pero necesitamos que complete esta sección.

Seguro primario _____ Seguro secundario _____
 Dirección del Compañía de seguros _____ Dirección del Compañía de seguros _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono de la compañía de seguros _____ Número de teléfono de la compañía de seguros _____
 Nombre del titular de la tarjeta _____ Nombre del titular de la tarjeta _____
 Relación con el paciente _____ Relación con el paciente _____
 Grupo # _____ Cédula # _____ Grupo # _____ Cédula # _____
 Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo M F Fecha de nacimiento del asegurado _____ Sexo M F

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE (si la razón por la que está aquí sea por un accidente)

Fecha del accidente ____/____/____ Como Ocurrió/Ubicación _____
 Relacionado al trabajo: Y N Recibió tratamiento por otro médico para esta lesión? Y N
 El nombre del doctor _____ Teléfono# _____

Doctor de atención primaria _____ Teléfono # _____
 Ex podiatro(a) _____ Teléfono # _____
 Farmacia preferida _____ Dirección de la Farmacia _____
 Referido por _____

Cómo se enteró de nuestra oficina? Médica Paciente Seguro Internet Otro: _____

Al firmar este documento:

1. Doy permiso para administrar el tratamiento y realizar los procedimientos que seran necesarios en el diagnostic y el tratamiento.
2. Terminaré los formularios y la información del seguro y acepto pagar mi copago, el deducible y las porciones no cubiertas en el momento de mi visita o cuando la oficina me facture.
3. "Menores" Acepto que soy el guardián legal de este paciente, y entiendo que solo el guardián legal está permitido en la sala de examen.
4. Entiendo que se me puede tomar una fotografía para fines de verificación del seguro, y si no estoy de acuerdo con este proceso, se lo haré saber a la oficina.

Firma del paciente: _____ Fecha: ____/____/____



HISTORIAL MÉDICO

NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, PRIMERO, MI): _____

MEDICAMENTOS RECETADOS:

(Enumere todos los medicamentos, adjunte una lista si es necesario)

Medicación: _____
Medicación: _____ Medicación: _____
Medicación: _____ Medicación: _____
Medicación: _____ Medicación: _____
Medicación: _____

ALERGIAS A MEDICAMENTOS:

Medicación: _____ Reacción: _____ Medicación: _____ Reacción: _____
Medicación: _____ Reacción: _____ Medicación: _____ Reacción: _____

CIRUGÍAS ANTERIORES:

Tipo: _____ Año: _____ Tipo: _____ Año: _____
Tipo: _____ Año: _____ Tipo: _____ Año: _____
Tipo: _____ Año: _____ Tipo: _____ Año: _____
Tipo: _____ Año: _____ Tipo: _____ Año: _____

HISTORIA SOCIAL:

Hacer ejercicio? Y N Ha tenido la vacuna contra la gripe? Y N En caso afirmativo, fecha _____
Historia de abuso de drogas? Y N Ha recibido la vacuna contra la neumonía? Y N En caso afirmativo, fecha _____
Bebes alcohol? Y N Cantidad: _____
Fumas? Y N Cantidad: _____ Has renunciado? Y N
Estás embarazada actualmente? Y N # de meses: _____
Ocupación _____ Tu trabajo requiere que: Llevar Correr Caminar Subida Sentar Levantar Estar

PROBLEMAS MÉDICOS:

Por favor, compruebe si tiene / ha tenido lo siguiente:

Neuropatía Gota Alta presión sanguínea
 Fibromialgia Venas varicosas Tipo de problemas del corazón: _____
 Asma EPOC Artritis Seleccionar: Reumatoide Osteo
 Enfermedad del riñon Anemia Colesterol alto
 Hepatitis Seleccionar: A B C Ataque Fulminante Cáncer
 Problemas Tiroides Desorden sangrante Dolor lumbar
 Problemas del hígado Coágulos del sangre Articulaciones artificiales
 SIDA / VIH Problemas estomacales: Tipo: _____
 Diabetes / Resultado del último azúcar en sangre / HbA1c: _____
 Otro: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA (SELECCIONE TODAS LAS APLICACIONES)

Alta presión sanguínea Madre Padre Abuelo Abuela Hermanos
 Enfermedad del Corazón Madre Padre Abuelo Abuela Hermanos
 Diabetes Madre Padre Abuelo Abuela Hermanos
 Problemas de pie Madre Padre Abuelo Abuela Hermanos

ALTURA: _____ PESO: _____ TAMAÑO DEL ZAPATO: _____

*Entiendo que las respuestas honestas y completas a cada pregunta mencionada anteriormente son importantes para la prestación de mi atención médica, y las he respondido lo mejor que he podido. Me han informado que si no estoy seguro acerca de cualquier pregunta en el formulario, debería pedirle ayuda al médico o al miembro del personal médico. Esta información es verdadera y precisa que yo sepa.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ FECHA: ____/____/____

HISTORIA MÉDICA ACTUAL

Nombre del paciente: _____ **Fecha:** ____/____/____

Que es el motivo de su visita hoy?:

Ubicación: _____ **Calidad:** _____

(Dónde está el dolor / problema?) (Ejemplo: duele o arde? Dolor después del descanso o de la actividad, etc?)

Gravedad: _____ **Sincronización:** _____

(Qué tan severo es el dolor en una escala de 1-5 con 5 siendo el peor?) (El dolor / problema ocurre en un momento específico del día?)

Duración: _____ **Contexto:** _____

(Cuánto tiempo has tenido este dolor / problema? Cuándo empezó?) (Dónde estabas al comienzo del dolor / problema?)

Síntomas asociados: _____ **Factores modificadores:** _____

(Qué otros problemas asociados has tenido?) (Qué empeora o mejora el dolor? Cualquier episodio anterior?)

REVISIÓN DE SISTEMAS:

Tienes alguno de los siguientes:

GENERAL:

- Fiebre Resfriado Fatiga Pérdida de peso

RESPIRATORIO:

- Falta de aliento Tos Respiración dificultosa Respiratorio

CARDIOVASCULAR:

- Dolor de pecho Calambres en las piernas y los pies Venas varicosas Hinchazón inflamación de las piernas/pies

GASTROINTESTINAL:

- Dolor abdominal Estreñimiento Diarrea Acidez

MUSCULOSQUELETAL:

- Dolor en las articulaciones/Coyuntura Dolor de espalda Dolor de rodilla Dolor muscular / debilidad

NEUROLÓGICO:

- Hormigueo/Entumecimiento Convulsiones Ciática Dolores de cabeza

PIEL Y UÑAS:

- Uñas gruesas Sequedad de la piel Erupción/Sarpullido Picazón en la piel

PSIQUIÁTRICO:

- Depresión Ansiedad Ataques de pánico

ENDOCRINO:

- Sed aumentada Intolerante al frío o al calor Post menopáusica

HEMATOLÓGICO:

- Anemia Moretones con facilidad Anticoagulantes

*Entiendo que las respuestas honestas y completas a cada pregunta mencionada anteriormente son importantes para la prestación de mi atención médica, y las he respondido lo mejor que he podido. Me han informado que si no estoy seguro acerca de cualquier pregunta en el formulario, debería pedirle ayuda al médico o al miembro del personal médico. Esta información es verdadera y precisa que yo sepa.

FIRMA DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** ____/____/____



Responsabilidad Financiera Del

Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar reclamos por los servicios que me han brindado. Doy permiso para copiar esta autorización para ser utilizada en lugar del original. Autorizo a Sole Foot & Ankle Specialists a solicitar beneficios en mi nombre por cualquier servicio cubierto realizado. Solicito que el pago de la compañía de seguros se realice directamente a Sole Foot & Ankle Specialists. Autorizo a los especialistas de Sole Foot & Ankle a contactar y enviar cualquier información pertinente a mi compañía de seguros, independientemente de si proporcionarán o no el pago. Certifico que la información anterior es correcta. Inicial: _____

Reconocimiento por los servicios de laboratorio: he informado a la oficina de la compañía de laboratorio contratada con mi seguro. Si decido ir a un laboratorio fuera de la red, seré responsable de los cargos facturados. Inicial: _____

Acuse de recibo de suministros de venta libre: en Sole Foot & Ankle Specialists vendemos productos de venta libre para sus necesidades de cuidado de los pies. Si decide comprar nuestros productos de venta libre, tenga en cuenta que no son reembolsables. Inicial: _____

Tenemos permiso para: Dejar un mensaje en el contestador automático? Dejar un mensaje en tu trabajo?
 Discutir su condición médica con algún miembro de su hogar?
Si es así, nombre _____ Relación _____

Contacto de emergencia: _____ Teléfono # _____

Política de cancelación de citas: Los pacientes deberán llamar 24 horas antes de la hora de la cita, de lo contrario habrá un cargo de \$ 50.00 a la cuenta. Inicial: _____

Autorización y consentimiento para fotografiar, grabar, publicar: Es nuestra política de oficina tomar fotografías de parte o la totalidad de las extremidades inferiores de los pacientes. Autorizo a Sole Foot & Ankle Specialists a tomar y usar fotografías de mi condición con el propósito de, pero no limitado a, documentación médica, educación, investigación y relaciones científicas o públicas con la disposición de que mi identidad permanecerá confidencial. Inicial: _____

Divulgación de intereses financieros: Reconozco que mi médico puede recibir servicios de atención médica. Entiendo que mi médico puede tener intereses financieros por los servicios que me brinda mi médico. Entiendo que hay opciones alternativas disponibles en caso de que decida no utilizar los servicios que me brindan. Entiendo que tengo la opción de usar cualquier otra instalación de mi elección. Entiendo que no recibiré un trato diferente si elijo usar otra instalación. Inicial: _____

Entiendo que todos los copagos, deducibles y coseguros se cobrarán al momento del servicio. Inicial: _____

AL FIRMAR ABAJO, RECONOZCO QUE HE LEÍDO Y ENTIENDO LAS SIGUIENTES POLÍTICAS Y ACEPTO LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES CON ELLOS:

- **Derechos del paciente con respecto a los registros médicos**
- **HIPPA-Confidencialidad y privacidad de registros médicos**
- **Responsabilidad financiera del paciente**
- **Autorización para fotografiar**

Por la presente autorizo al médico a divulgar toda la información necesaria sobre mi diagnóstico y tratamiento con el fin de asegurar el pago de mi compañía de seguros y autorizo el pago de los beneficios del seguro directamente al médico por cualquier servicio prestado que no haya sido pagado directamente por yo.

NOMBRE DEL PACIENTE (letra impresa)

FECHA

FIRMA DEL PACIENTE

NOMBRE / RELACIÓN
(Si está firmado por otro que no sea el paciente)

- Copias de cada póliza están disponibles a pedido.