

INFORMACION DEL PACIENTE

Fecha: _____ A
 Paciente: _____
 Sr. _____ Sra. _____ Srta. _____ Apodo _____
 Dirección: _____
 P.O. Box: _____
 Ciudad, Estado, Zip Code: _____
 Dirección fuera del estado: _____
 Telefono: Casa: _____ Trabajo: _____
 Hora preferida para llamar: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Edad: _____
 Seg Soc del Paciente: _____ Sexo: ____M____F____
 Estado Marital: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____
 Separado _____ Divorciado _____ Estudiante _____
 # Licencia de Conducir: _____
 (Copia de la Licencia requerida)

Estado de Empleo: _____ Desempleado _____ Tiempo Completo _____
 _____ Tiempo Parcial
 Nombre del Empleador: _____
 Dirección: _____
 Telefono: _____
 Posición/Ocupación: _____
 Referido por: _____
 Contacto en caso de Emergencia: _____
 Nombre: _____ Relación: _____
 Telefono: _____ Trabajo: _____

INFORMACION SEGURO MEDICO

Compañía Asegurada: _____
 Núm Poliza: _____
 Nombre Grupo: _____
 Número de Grupo: _____
 ¿Esta usted cubierto por un Segundo Plan Médico? ____Si____No
 Compañía Asegurada: _____ # Grupo: _____
 Persona responsable en esta cuenta/Relación: _____

ACUERDO CON LA ASEGURANZA

Yo, persona que firma, certifico que estoy cubierto por el Plan Médico antes mencionado y asigno a Central Florida Foot and Ankle Center todos los beneficios de mi seguro médico que me sean rendidos. Autorizo al doctor a relevar toda la información necesaria para asegurar los pagos de mis beneficios, así como utilizar mi firma en todo lo relacionado en éste.

Firma: _____ Fecha: _____

AUTORIZACION PARA MEDICARE

Estoy de acuerdo con que Medicare pague los beneficios por los servicios que me sean rendidos a Central Florida Foot and Ankle Center. Autorizo a Health Care Financing y sus agentes a obtener cualquier información necesaria para pagar la reclamación. Si hubiera otra aseguranza indicada en el punto 9 de la forma HCFA-1500, o cualquier otra forma de reclamo, mi firma autoriza el acceso de información para el asegurador o agencia asignada a Medicare. Doctores o suplidores aceptan el acuerdo de cargo determinado por Medicare, así como el monto total de los cargos y el paciente se hace responsable solamente de pagar el deducible, coaseguranza o servicio no cubierto. La coaseguranza y el deducible son basados en la determinación de cargos por Medicare.

 Firma del Asegurado Fecha

HISTORIAL PODIATRICO

¿Cuál es el problema por el que será atendido?
 (Incluya pies, talones, rodilla, cadera o cintura)

 ¿Cuánto tiempo hace que tiene el problema? _____
 ¿Qué tipo de dolor tiene? Circule:
 Quemazon Dormidez Punzante
 Nivel de dolor (10-bien fuerte) _____
 ¿Ha visitado algun podiatra anteriormente? ____Si____No
 ¿Cuál? _____
 Ultima visita: _____
 Historial de Diabetes(personal/familiar) _____
 Fuma o usa tabaco: ____Si____No
 Hace cuanto fuma: _____

Por favor indique que tipo de problema tiene o ha tenido en el pasado:

- Dolor en el tobillo _____SI____NO
- Pie Atletico _____SI____NO
- Juanetes _____SI____NO
- Callos _____SI____NO
- Calambre o Dormidez en pie o pierna _____SI____NO
- Pie plano _____SI____NO
- Clambre en pie so pierna _____SI____NO
- Dolor en el talon _____SI____NO
- Uña enterrada _____SI____NO
- Verrugas _____SI____NO
- Pie o talon hinchado _____SI____NO
- Pie cansado _____SI____NO

Explique cualquier otro problema en pies o piernas que haya ocurrido en el pasado o presente: _____

Actividades atleticas en las que participa: _____

HISTORIAL MEDICO

Por favor marque "si" o "no" si ha tenido alguno de lo siguiente:

AIDS/HIV – Circule cual _____ SI _____ NO
Alergias o Anestecia _____ SI _____ NO
Anemia _____ SI _____ NO
Angina _____ SI _____ NO
Artritis _____ SI _____ NO
Valvulas o marcapaso artificial _____ SI _____ NO
Asma _____ SI _____ NO
Problemas en la esplada _____ SI _____ NO
Desordenes en la sangre _____ SI _____ NO
Cancer _____ SI _____ NO
Dependencia quimica _____ SI _____ NO
Cual: _____
Dolor de pecho _____ SI _____ NO
Diarrea crónica _____ SI _____ NO
Problemas circulatorios _____ SI _____ NO
Diabetes _____ SI _____ NO
Años _____ Tipo _____
Problemas de oido _____ SI _____ NO
Fatiga _____ SI _____ NO
Gota _____ SI _____ NO
Dolores de cabeza _____ SI _____ NO
Enfermedades del Corazon _____ SI _____ NO
Hemofilia _____ SI _____ NO
Hepatitis _____ SI _____ NO
Si, marque una:
Problemas de Riñon _____ SI _____ NO
Enfermedad del Hígado _____ SI _____ NO
Presión Alta _____ SI _____ NO
Presión Baja _____ SI _____ NO
Problemas de Nervios _____ SI _____ NO
Flebitis _____ SI _____ NO
Cuidado Siquiátrico _____ SI _____ NO
Cuando: _____
Tratamiento de Radiación _____ SI _____ NO
Fiebre Reumática _____ SI _____ NO
Dificultad para respirar _____ SI _____ NO
Sinucitis _____ SI _____ NO
Dieta Especial _____ SI _____ NO
Shock _____ SI _____ NO
Hinchazón de las Amigdalas _____ SI _____ NO
Sangrado del Estómago _____ SI _____ NO
Ulceras del Estómago _____ SI _____ NO
Tiroide _____ SI _____ NO
Tuberculosis _____ SI _____ NO
Venas Varicosas _____ SI _____ NO
Pérdida de peso inesplicable _____ SI _____ NO
Problemas con la aspirina _____ SI _____ NO
Explique si ha tenido cirugias o complicaciones

Hospitalizaciones además de las cirugias:

Médico de Familia: _____

Fecha última visita: _____

Ha tenido o tiene cuidado médico por alguna razón en los

Ultimos dos años: Si No

Si, explique _____

MEDICAMENTOS

Incluya recetas, medicamentos sin receta y vitaminas.

(Si tiene una lista, gustosamente haremos una copia)

Toma anticonceptivos: Si No

Toma algún tipo de _____ Si No

Si, cual _____

Nombre de la Farmacia: _____

Localidad de la Farmacia: _____

Teléfono: _____

ALERGIAS

Adhesivos o tape Anestecia Local
 Terapia Anticoagulate Novocaina
 Aspirina Penicilina
 Codeina Mariscos
 Demerol Sulfa
 Yodo Otros _____

Liste:

Tamaño zapato: _____ Peso: _____ Estatura: _____

CONSENTIMIENTO

Yo, certifico que la información antes mencionada es cierta y verdadera para mi conocimiento. Autorizo al doctor a administrar o llevar a cabo cualquier procedimiento que sea designado para mi diagnostico o tratamiento en mis pies o piernas.

Firma del Paciente

Fecha

Gracias por su cooperación para llenar esta forma. Apreciamos el cuidado que tomo por ala misma. Gracias nuevamente: