

REGISTRO DEL PACIENTE

(Por Favor, Letra De Molde)

Fecha: ____/____/____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente _____ Sexo: M____F____

Primer Nombre

Apellido

Medio

Domicilio _____ Apto.# _____

Ciudad _____ Edo ____ C Postal _____ Teléfono de Casa _____

Soltero(a)____Casado(a)____Viudo(a)____Separado(a)____Divorciado(a)____Celular _____

Fecha de Nacimiento ____/____/____ Edad _____ Estatura _____ Peso _____  tamaño _____**Raza:** Indio Am. __Asiático __ Negro/Africano Am. __Blanco __Isla Pacifico __Otra Raza __No Contestar __**Etnicidad:** Hispano __No-Hispano __No contestar __ **Idioma Principal:** _____

Correo Electronico: _____

Empleador _____ Seguro Social# _____

Ocupación _____ Teléfono del trabajo _____

Contacto en caso de emergencia _____ Teléfono _____

¿Quién lo recomendó? _____

¿Cuál médico lo refirió? _____

ASEGURANZA #1:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Social # _____ Relación hacia el paciente _____

Empleador _____ Compañía de Aseguranza _____

ASEGURANZA # 2:

Nombre del Miembro _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Seguro Social # _____ Relación hacia el paciente _____

Empleador _____ Compañía de Aseguranza _____

Firma del Paciente o persona autorizada. Yo autorizo que la información médica sea entregada para procesar el cobro. También autorizo que los beneficios médicos sean pagados al Médico por su servicio.

Firma _____ Fecha ____/____/____

REGISTRO DEL PACIENTE
(Por Favor, Letra De Molde)

HISTORIAL DE SALUD DEL PACIENTE:

Mis síntomas del pie son _____

¿Cuándo empezaron los síntomas? _____

Médico de cabecera _____ Fecha de su última consulta _____

Podiatra _____ Fecha de su última consulta _____

Farmacia (nombre): _____

Dirección of No. Telefónico de la Farmacia: _____

(Si no sabe la dirección, puede usar las dos calles principales)

Anote cualquier enfermedad que tenga al presente o anteriormente:

DIABETES ___ EMBOLIA ___ EPILEPSIA ___ PROBLEMAS DE CORAZÓN ___ ASMA ___ VISICULA ___

FIEBRE REUMÁTICA ___ CÁNCER ___ SIDA ___ IMPLANTES DE METAL ___ CLAUSTROFOBIA ___

COYUNTURAS ARTIFICIALES/ IMPLANTES ___ PRESIÓN ALTA ___ RIÑONES ___ DIALISIS ___

PROBLEMAS ESTOMACAL ___ (Gastrointestinal: Úlceras) ¿Necesita un antibiótico antes de una cirugía? Sí ___ No ___

Otras condiciones médicas no mencionadas arriba: _____

¿Está Embarazada? Sí ___ No ___ Si usted ha dado a luz recientemente ¿Está dando pecho? Sí ___ No ___

Cirugías previas: _____

Medicamentos y vitaminas que está tomando actualmente _____

¿Es **ALERGICO** a un medicamento? No ___ Sí ___ Por favor note _____

¿Usa productos que contienen **TABACCO**? No ___ Sí ___ Cantidad diaria _____

¿Toma bebidas **ALCHOLICAS**? No ___ Sí ___ Cantidad diaria _____

Yo acepto que la información arriba es correcta a la mejor de mi conocimiento.

Firma _____ Fecha ___ / ___ / ___

Other Insurance Inquiry

Patient: _____

Are **you** covered by another health plan besides _____
Primary Insurance Name

Yes No

If yes, you will need to provide our office with a copy of your card.

Name of Insurance Company: _____

Address: _____

Name of insured person: _____ Date of Birth: _____

Policy Number: _____ Effective Date: _____

Termination Date: _____ (if applicable)

 Patient Signature

 Date

Encuesta de Otro Seguro Medico

Tiene **usted** otro plan de seguro médico aparte de _____
Nombre de aseguranza que es primaria

Si No

Si contesto "Si", usted tiene que proporcionar nuestra oficina con una copia de la tarjeta.

Nombre del seguro medico _____

Direccion _____

Nombre de la persona asegurada _____ Fecha de nacimiento _____

Numero de póliza _____ Fecha de empiezo _____

Fecha de terminación _____ (Si es aplicable)

 Firma del Paciente

 Fecha