

## Informacion Del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Segunda Inicial

Numero Seguro Social \_\_\_\_\_ Date of Birth \_\_\_\_\_

Direccion \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Codigo postal

Telefono Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Telefono Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Telefono Celular (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo Electronico \_\_\_\_\_

Ocupacion \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Casado/a \_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_ Menor \_\_\_\_ Si es menor, nombre de adulto responsable \_\_\_\_\_

**En caso de emergencia, contactar:** Nombre \_\_\_\_\_ Telefono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## Informacion del Seguro Medico

Quien es responsable por esta cuenta? \_\_\_\_\_

Nombre de Seguro Medico \_\_\_\_\_

Numero de Poliza o Identificador de Seguro medico \_\_\_\_\_

Numero de Grupo /Nombre \_\_\_\_\_

Subscriber/Nombre del Asegurado y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre Seguro Medico Secundario \_\_\_\_\_

Numero de Poliza de Seguro \_\_\_\_\_

Numero de Grupo/Nombre \_\_\_\_\_

Asegurado/Nombre y Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Asignacion y Autorizacion de Seguro Medico

Yo certifico que tengo cobertura de mi seguro medico con la compania de seguros que he proporcionado en esta pagina y asigno directamente a Barry University Foot and Ankle Institute, todos mis beneficios de seguro medico, incluyendo cualquier tipo de servicios prestados con pagos asignados a mi persona. Yo autorizo compartir con la compania (s) de seguros medicos indicada todo tipo de informacion medica que necesiten para determinar el pago de los servicios medicos prestados. \_\_\_\_ Iniciales del Paciente

Por este medio acepto pagar Barry University Foot and Ankle Institute, en el tiempo correcto, por cualquier y todo s los servicios prestados que pueden o no ser cubiertos por mi seguro medico. Esto incluye cualquier co-pago, deducible y/o pagos que reciba por parte de mi seguro medico por servicios medicos prestados. Si sucediera que mi cuenta no ha sido pagada al debido tiempo sere responsable de los pagos de coleccion y/o cobros legales. Un cargo adicional de \$25.00 sera impuesto en caso de que haya retorno de cheque for insuficiencia de fondos. \_\_\_\_ Iniciales Del Paciente

Autorizacion de Tratamiento: Por este medio doy autorizacion a Barry University Foot & Ankle Institutes para tratarme. Entiendo que esta es una clinica educativa y que los estudiantes pueden participar en mi tratamiento. Asimismo doy mi consentimiento para fotografias y videos (solamente para extremidades inferiores) pueden ser tomadas para propositos educativos. \_\_\_\_ Iniciales del Paciente

## TODOS LOS COSTOS DEBEN SER CUBIERTOS AL MOMENTO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS

Por este medio autorizo a mi medico \_\_\_\_\_ a obtener mi informacion medica de otros recursos como sea necesario para poder brindarme tratamiento medico. Por este medio autorizo a compartir mi informacion con otros medicos que esten involucrados en mi tratamiento. Por este medio autorizo a compartir mi informacion con mi compania de seguro medico de ser necesario para el pago de mis beneficios. .

Por este medio autorizo pagos de mis beneficios por parte de mi seguro medico a ser enviados directamente a mi medico \_\_\_\_\_ o centro medico \_\_\_\_\_ Entiendo que soy responsable por cualquier cantidad que no sea cubierta por mi seguro medico.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre (Paciente, Beneficiario o Guardian)

\_\_\_\_\_  
Fecha



## ALERGIAS

- Ninguna     OTRAS  
 Penicilina     Sulfa     Iodo     Aspirina     Anestesia     Latex  
 Codeina     Demerol     Darvocet     Cortisona     Ambiental     Alimentos

Tipo de Reacciones: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL MEDICO

\* Favor marcar cualquiera de las siguientes condiciones que ha sufrido en el pasado:

- Diabetes     Fibromialgia     Tumor     Epilepsia     Nerve Conditions     Problemas de corazon  
 Artritis     Gota     Asma/COPD     Glaucoma     Stomach Ulcers     Erupcion cutanea  
 Tuberculosis     Anemia     Bursitis     SIDA (HIV)     Lung Disease     Problemas de Rinon  
 Falcemia     Derrame     Hepatitis     Osteoporosis     Bleeding Problems     Reemplazo articulacion  
 Desorden Mental     Circulacion Pobre     Presion alta     Colitis/Crohn's     Enfermedad de Tiroides  
 Fiebre Rheumatica     Acidez / Reflujo     Enfermedad transmission sexual     High Cholesterol  
 Cancer; tipo \_\_\_\_\_    Otros: \_\_\_\_\_

Diabetes; cual es el nombre, direccion y numero de telefono del medico que trata su Diabetes? \_\_\_\_\_

Nombre de su Medico Primario: \_\_\_\_\_ Numero de telefono: \_\_\_\_\_

Cuando fue su ultima visita a su medico primario? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Cual es su nivel promedio de azucar en la sangre? \_\_\_\_\_

Esta ud embarazada? \_\_\_Si \_\_\_No    Cuantos meses? \_\_\_\_\_

Esta ud al dia con sus vacunas? \_\_\_Si \_\_\_No

## HISTORIAL DE CIRUGIAS

Procedimiento	Fecha	Complicaciones

7) Ha estado ud hospitalizado por otras razones? \_\_\_Si \_\_\_No Explique: \_\_\_\_\_

8) Ha tenido algun tipo de lesion en sus extremidades inferiores? \_\_\_Yes \_\_\_No

Explique: \_\_\_\_\_

## HISTORIAL FAMILIAR

\* A continuacion, por favor marque los que apliquen:

	PADRE	MADRE	HERMANO	HERMANA
Diabetes				
Enfermedad del Corazon				
Presion Alta				
Artritis				
Gota				
Tiroides				
Cancer (que tipo?)				
Otros				

## HISTORIA SOCIAL

Fecha de su ultimo examen fisico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Ocupacion: \_\_\_\_\_

Hace ud ejercicio? \_\_\_ Nunca \_\_\_ Diario \_\_\_ Semanal Ha salido del pais en los ultimos 6 meses? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Cuantas horas duerme por la noche: \_\_\_\_\_ Tiene mascotas en casa? \_\_\_ Si \_\_\_ No Que tipo? \_\_\_\_\_

Fuma? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si fuma: # paquetes al dia? \_\_\_ # cigarillos al dia? \_\_\_ # de anos fumando? \_\_\_

Si no fuma: Alguna vez fumo? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Ingiere bebidas alcoholicas? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Si lo hace: Cuanto? \_\_\_ <1 por semana \_\_\_ 1-2 por semana \_\_\_ 1-2 por dia \_\_\_ mas de 3 por dia

## Uso Recreacional de Drogas

Cualquier tipo de uso de drogas es una decision personal y no afectara su relacion con su medico. Sin embargo, muchas drogas pueden interactuar con otros medicamentos y tratamientos con posibles efectos potencialmente mortales. Por estas razones es extremadamente importante que conteste honestamente. Su respuesta sera estrictamente confidencial entre usted y su doctor.

Consumo usted drogas: \_\_\_ Si \_\_\_ No Si consume: Que sustancias usa y con que frecuencia?

## REVISION DE SISTEMAS

\* Si usted esta padeciendo de alguno de los sintomas, por favor circularlo:

**Cabeza:** Dolores de cabeza crónicos chronic headaches, conmociones, mareos, perdida de conciencia. **Ojos:** lentes, contactos, vision doble, vision borrosa, ceguera, cataratas. **Oidos:** disminucion o pérdida de audición, zumbido en los oídos, dolores de oído crónicos.

**Nariz:** drenaje o infección, bloqueo, sangramiento, sinusitis. **Garganta:** amigdalitis crónica, laringitis, dificultad para tragar, perdida del habla. **Cardiovascular:** Dolor de pecho, dificultad para respirar, palpitaciones, soplo cardíaco, enfermedad de la válvula cardíaca, anemia, calambres. **Respiratorio:** bronquitis, neumonia, dificultad para respirar, silbido, tos cronica. **Gastrointestinal:**

nausea, vomito, diarrea, estreñimiento, perdida o aumento de peso, sangre en las heces, heces negras, gas en exceso, perdida de apetito. **Genitourinario:** infecciones crónicas de riñón o vejiga, problemas para vaciar la vejiga, dolor al orinar, orina sangrienta u oscura, secreción del pene o la vagina. **Ginecológico:** Periodos irregulares o dolorosos, ausencia del period si no es menopausia,

Se le hinchan las piernas? \_\_\_ Si \_\_\_ No Do you have back problems or have had a back injury? \_\_\_ Yes \_\_\_ No

Otros sintomas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Yo no estoy experimentando ninguno de los sintomas anteriores.

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD (HIPAA REGULACIONES)

Usted ha recibido el document llamado "AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD." Es requerido por regulaciones del gobierno que todas las instalaciones medicas le provean este documento. Por favor marque el cuadro para indicar acepta que ha recibido, leído (o tenido la oportunidad de leer si asi lo desea) y que comprende el documento. Esta es una copia de el Aviso de Practicas de Privacidad y es suyo para mantener. Si no desea quedarse con la copia, simplemente devuelvalo a el/la recepcionista con el restante de sus documentos

## CONSENTIMIENTO

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Doy permiso al médico para que administre y realice dichos procedimientos, incluidas las inyecciones terapéuticas y de diagnóstico, según se considere necesario para el diagnóstico y / o tratamiento de mis pies.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_