

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:** disminución 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: ___/___/___