

Bienvenidos a Caring Foot and Ankle Specialists

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Date: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Casa #: _____ Trabajo #: _____ Celular: _____

Correo Electrónico: _____ Sexo: F M Estado Civil: S C D W

Seguro Social #: _____ Empleado: _____

Doctor Primario: _____ Teléfono#: _____

Información del suscriptor de seguros:

Nombre: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Relación al Paciente: _____ Seguro Social #: _____

Contacto de Emergencia: (Alguien que no vive con usted)

Nombre: _____ Teléfono #: _____

Cuestionario de etnia y raza requerido por el estado

La ley de Texas requiere que el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas recopile información sobre la raza / origen étnico de los pacientes. Las instalaciones médicas deben solicitar a los pacientes que identifiquen su propia raza y origen étnico. Los datos obtenidos a través de este proceso se utilizarán para ayudar a los investigadores a determinar si todos los ciudadanos de Texas reciben o no acceso a una atención médica adecuada. NO SE REQUIERE que responda las siguientes preguntas. Puede marcar la opción que no quiere responder.

Pregunta #1: Nacionalidad o origen étnico

(círcule el que identifica con mayor precisión el origen étnico del paciente)

- (1) Hispano/Latino
- (2) No Hispano/Latino
- (3) Yo el (paciente o representante) niego a responder la pregunta.

Pregunta #2: Raza

(Círcule el número que más se refiere a la raza del paciente)

- | | |
|---|-------------|
| (1) Indio Americano | (4) Negro |
| (2) Asiático | (5) Blanco |
| (3) Native Hawaiian or Otro Pacific Islander | (6) Hispano |
| (7) Otro | |
| (4) Yo el (paciente o representante) niego a responder la pregunta. | |

Pregunta #3: Idioma preferido

(Encierre en un círculo el cuadro que mejor describa el idioma preferido de los pacientes. Esta divulgación no obliga a Caring Foot and Ankle Specialists a comunicarse con el paciente en su idioma preferido.)

- | | | | |
|-----------------------|-------------|-----------------|---|
| (1) Inglés | (2) Español | (3) Otro: _____ | (5) Yo el (paciente o representante) niego a responder la pregunta. |
| (4) Lenguaje de Senas | | | |



Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Autorización y consentimiento para la atención médica

Por el presente autorizo a los médicos del cuidado del Caring Foot and Ankle Specialists, o de otro tipo para liberar cualquier información adquirida en el curso de mi tratamiento a mi compañía de seguros, empleado , o de terceros pagador como se requiere para los archivos de reclamaciones, garantía de calidad, plan de salud administración o quejas / quejas . Entiendo que la información específica que se divulga puede incluir, entre otros, antecedentes, diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades relacionadas, incluido el virus del VIH y las adquiridas. síndrome de inmunodeficiencia (SIDA). Autorizo que se realiza un pago directo a los médicos de Caring Foot and Ankle Specialists u otros proveedores por todos y cada uno de los servicios médicos o quirúrgicos prestados. Yo entiendo que si cualquiera de los servicios que no están cubiertos, o Caring Foot and Ankle es incapaz de verificar la elegibilidad, que soy responsable de todos los gastos incurridos por los servicios prestados. Entiendo que mi médico puede ser un médico tratante en hospitales que pueden estar fuera de la red con mi plan de seguro. Yo entiendo que tengo la opción de obtener mis servicios en cualquiera de los dos una plan dentro o fuera de la plan y si tengo alguna pregunta al respecto, puedo pedirle más información a mi médico o la oficina comercial. Por la presente, doy mi consentimiento voluntario para que mis médicos, y los asociados, asistentes y otros proveedores de atención médica, que puedan ser necesarios para el criterio de mi médico, cuentos reales procedimientos de diagnóstico y tratamiento. Él confiado en mis médicos para obtener información a este respecto y reconocer que no me ha otorgado ninguna garantía como resultado de la cura. Este formulario me fue completamente explicado y certificado que entiendo su contenido.

X _____
Firma del paciente, padre, parte responsable _____ Fecha _____

Acuse de recibo de revisión de aviso de prácticas de privacidad

Revisó el Aviso de prácticas de privacidad de esta oficina, que explica cómo usará y divulgará mi información médica. Entiendo que tengo derecho a recibir una copia de este documento.

X _____
Firma del paciente, padre, parte responsable _____ Relacion al paciente _____ Fecha _____

Consentimiento para la comunicación de información de salud protegida

Doy mi consentimiento a los especialistas en cuidado de pasteles y tobillos para divulgar información de salud protegida a las personas o instalaciones que se enumeran a continuación. Esto debe incluir los resultados de las pruebas de laboratorio, diagnóstico y / o terapéuticas, incluidas las pruebas de VIH o mi afección médica.

Nombre _____ Relacion _____ inicial aqui para NINGUNA otra persona _____

X _____
Firma del paciente o parte responsable _____ Relacion al paciente _____ Fecha _____

Consentimiento para la comunicación de información de salud protegida

Doy permiso a Caring Foot and Ankle Specialists para ver mi historial de prescripciones de lugares externos.

X _____
Firma del paciente o parte responsable _____ Relacion al paciente _____ Fecha _____

*Esta autorizacion permanecera en efecto hasta el momento en que el paciente o el representante personal notifiquen a Caring Foot and Ankle Specialists por escrito un cambio en la divulgacion de informacion.

Reconocimiento y Acuerdo de Política Financiera

Él Revisado La Política Financiera of this oficina y estoy de acuerdo con los Términos. Entiendo que soy responsable de los deducibles, coseguros, copagos, servicios no cubiertos, tarifas de no presentación y obtener referencia si mi plan lo requiere. También entiendo que si no pago los cargos, implícito la interrupción de los servicios de podología.

X _____
Firma del paciente o parte responsable _____ Relacion al paciente _____ Fecha _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de cita: ___ / ___ / ___

Motivo de la visita: (Sea lo más específico posible)

Ubicación : por favor marque áreas de áreas específicas de preocupación en los diagramas

Cantidad de dolor : en escala 1-10; 10 siendo el peor dolor: ___ / 10

(Por favor sea específico al rodear todo lo que corresponda)

Naturaleza del dolor: sordo, agudo, disparando, eléctrico, hormigueo, picazón, ardor

Duración : constantes, intermitentes, brotes (¿con qué frecuencia? _____)

Inicio de los síntomas : ___ días, ___ semanas, ___ años atrás

Fecha de la lesión inicial: ___ / ___ / ___

Ubicación de la lesión: hogar, trabajo, automóvil, otro: _____

¿Qué empeora el dolor ? : caminar, cargar peso, después del descanso, _____

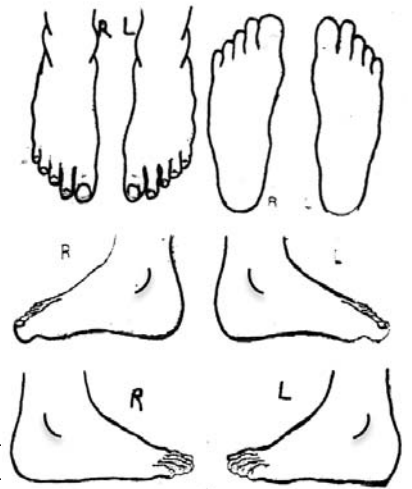
Tratamientos ya probados: _____

Tamaño del zapato _____, Hombre / Mujer / Ancho / Estrecho

Médico de cabecera: _____ Fecha de la última visita: ___ / ___ / ___

Doctor tratando la diabetes: _____ Fecha de la última visita: ___ / ___ / ___

Former Podiatrist: _____ Fecha de la última visita: ___ / ___ / ___



HISTORIAL MÉDICO (marque con un círculo únicamente los elementos que correspondan) :

- | | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Alzheimer / Demencia | Diarrea crónica | Reemplazos de articulaciones: |
| Anemia | Problemas circulatorios | Rodilla/cadera |
| Ansiedad / Depresión | Calambres en pies o piernas | Enfermedad Renal / Diálisis |
| Artritis: reumatoide / osteoartritis / Lupus / Gouty | CVA (accidente cerebrovascular) / TIA | Enfermedad Hepática / Hepatitis / |
| Válvulas o articulaciones artificiales del corazón | Diabetes: Dieta / Oral / Insulina # | Enfermedad de Lyme |
| Asma / enfisema / problema pulmonar | Epilepsia / Desmayos Convulsiones | Neuropatía |
| Enfermedad autoinmune /VIH/SIDA | Fibromialgia: dolor crónico | Osteoporosis |
| Problemas de espalda / Hernia de disco | Reflujo gástrico / Hernia hiatal | Enfermedad vascular periférica |
| Trastornos de la enfermedad sanguínea | Úlceras hemorragia gastrointestinales | Fiebre reumática |
| Coágulos de sangre / DVT | Problemas Psoriasis estomacales | Problemas de la piel |
| Huesos rotos en pies / piernas | Gota | Psoriasis |
| Cáncer - Tipo _____ | Ataque de Corazón | Problemas tiroideos / |
| Charcot Joint | Enfermedad cardíaca / Angina / Dolor | Hipotiroidismo |
| Dependencia química - Type _____ | Alta Presion | Venas Varicosas |
| Otros problemas medicas: _____ | Alto colesterol | Pérdida de peso / ganancia (inexplicable) |

HISTORIAL DE SIRUGIAS (Circula las wue le correspondan): NINGUNA

Cirugía del pei: Tipo _____ Fecha: ___ / ___ / ___ Derecho o Izquierdo

Nombre del cirujano: _____ Otras Cirugias: _____

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| Amputación | D & C | Mastectomía |
| Angioplastia o Stenting | Remoción de vejiga biliar | Marcapasos |
| Apendectomía | Cirugía de derivación cardíaca | Cirugía plástica |
| Bypass arterial | Reparación de hernia | Cirugía de próstata |
| Cirugía de espalda | Reemplazo de la articulación | Amigdalectomía |
| Biopsia mamaria / | Histerectomía | Ligadura venosa |
| tumorectomía | Cálculos renales | Cuidado de heridas |
| Cesaria | Remoción de riñone | |
| Cirugía de cataratas | Reemplazo de rodilla | |
| Cirugía de la arteria carótida | | |

Otra cirugía no listada: _____

Continuar a la pagina de atras ----->

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ Fecha de cita: ___ / ___ / ___

Medicamentos (por favor indique: incluya medicamentos sin receta): NINGUNA

Nombre del medicamento	Dosis	Tiempos tomados por día	Prescriptor

Farmacia: _____ Dirección: _____ Teléfono: _____ Fax: _____

HISTORIA DE LA FAMILIA (marque con un círculo si es positivo)

	Artritis	Diabetes	Enfermedad del corazón	Cancer	Alta presión sanguínea
Mama	sí	sí	sí	sí	sí
Papa	sí	sí	sí	sí	sí
Hermano/a	sí	sí	sí	sí	sí

¿Historial personal o familiar de coágulos de sangre? Si / No Detalles: _____

HISTORIAL SOCIAL (Por favor marque con un círculo los artículos que aplican): NINGUNO

Consumo de alcohol: Sí o No, _____ # de bebidas por semana. Historial pasado de abuso de alcohol: Sí o No
 Uso de tabaco: Sí o No, _____ # de paquetes por día _____ # de años fumando
 Uso recreativo de drogas: Sí o No,, Consumo de drogas intravenosas pasado: sí o no
 Actividades deportivas o de ejercicios: _____

ALERGIAS (Encierre en un círculo solo los elementos de alergia) Sin Alergias Conocidas de Drogas

Novocaína	Cinta adhesiva	Motrin / Advil
Aspirina	Latex	Cortisona
Codeína	Iodine	Sulfa
Penicilina	Neosporin	Otro: _____

REVISIÓN DE SISTEMAS - ¿Actualmente tiene alguno de los siguientes Síntomas o Problemas?

- Cabeza y ojos:** Mareos / Desmayos / Dolores de cabeza / Visión doble / Infección
- Oído, nariz o garganta:** pérdida de audición / infección / dolor de oído / hemorragia nasal
- Respiratorio:** Asma / Bronquitis / Dificultad Respiración / Falta de aliento / Vómito Sangre
- Cardiovascular::** Hipertensión / Soplo / Dolor en el pecho / Edema / Claudicación / Ulceración / Flebitis
- Gastrointestinal:** Ictericia / Cirrosis / Hepatitis / Heces anormales
- Musculoesquelético:** Dolor en las articulaciones o hinchazón / dolor de espalda / después del descanso /
- Neurológico** Parálisis / Accidente cerebrovascular / Tics / Temblores / Convulsiones / Entumecimiento
- Dermatología** Erupción / uñas decoloradas engrosadas
- Estado mental :** alerta y orientado / alerta, no orientado / confundido / letárgico

PARA USO DE OFICINA

Temp: ____ °, Pulse _____, Respirations _____, BP ____ / ____, Height: ____' ____", Weight: ____ lbs, Shoe Size: _____,