



RIVERA FOOT&ANKLE

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre Completo: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ___ F ___ M

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Seguro Social: _____ Teléfono: _____ Celular: _____

Teléfono Trabajo: _____ Extensión: _____

Correo Electrónico: _____

Idioma: _____ Origen Étnico: _____ Prefiero No contestar ___

Estado Civil: ___ Soltero/a ___ Casado/a ___ Separado/a ___ Divorciado/a ___ Viudo/a

Empleador: _____ Ocupación: _____

¿Tiene un guardián legal o un poder notarial de salud? SI ___ NO ___

Nombre del Guardián: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: _____

Relación: _____ Teléfono: _____

Doctor de Cabecera: _____

¿Quién lo refirió con nosotros?: _____

Nombre de su Farmacia _____ Teléfono: _____

Dirección de su farmacia: _____

¿Algún familiar o otra persona con quien le gustaría compartir su información médica? ___ SI. ___ NO

Nombre: _____

INFORMACIÓN DE SU PÓLIZA DE SEGURO MÉDICO

Nombre de la empresa de seguros: _____

Nombre del Asegurado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Seguro Social: _____

PROBLEMA ACTUAL

¿Por qué razón está en nuestra oficina hoy? _____

¿Cuánto tiempo tiene con ese problema? _____

Días

Semanas

Meses

Años

¿Qué tipo de dolor tiene?

No Duele Agudo Sordo Doloroso Ardiente Irrradiado Picazón Punzante

En escala del 1 al 10 ¿Qué tan intenso es su dolor?

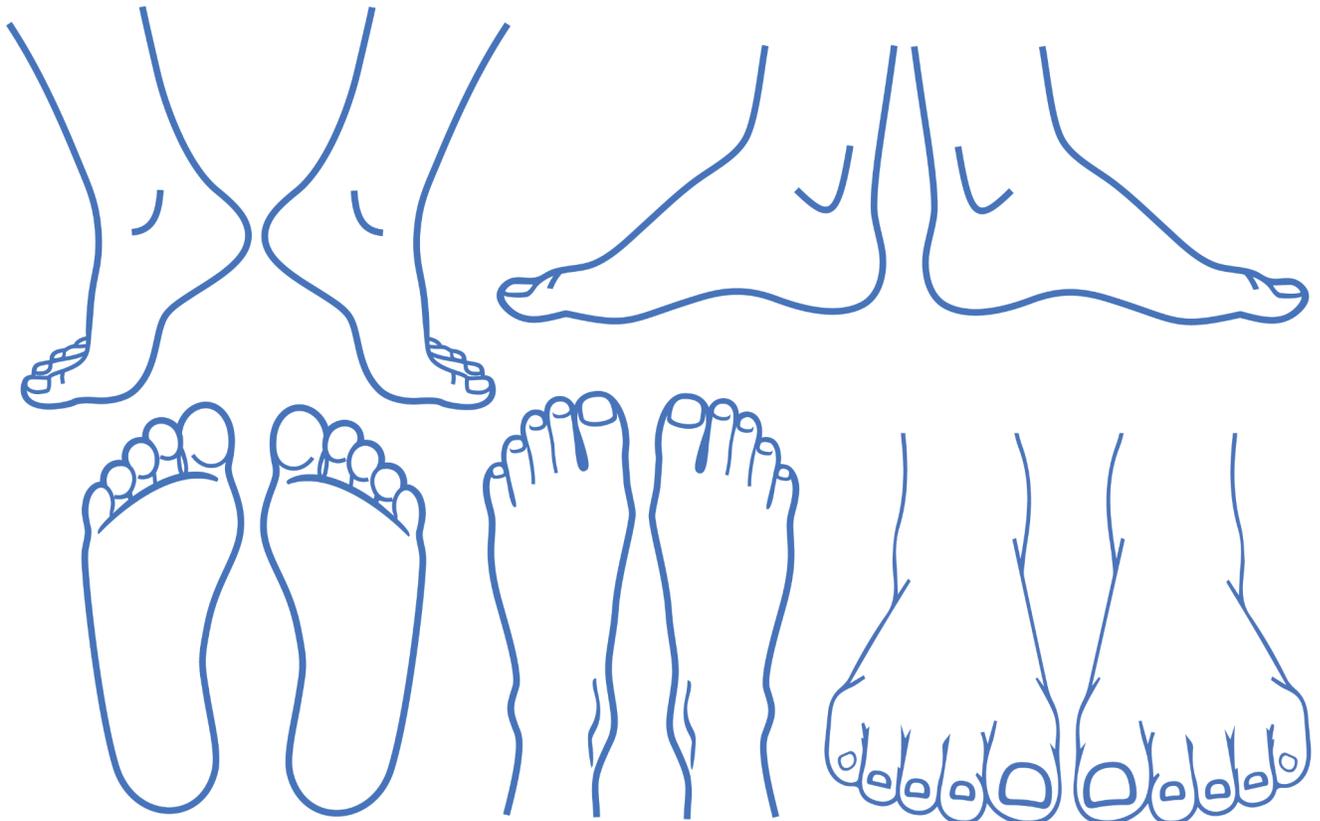
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Qué tratamientos ha tenido antes de este problema? _____

Este problema fue ocasionado por una lesión? Si No

Si la respuesta es sí ¿Fue una lesión en el trabajo? Si No

¿Dónde siente dolor? **Por Favor marcar en la foto de abajo:**



HISTORIAL MEDICO

Alergias: Medicamento/s Ninguna. Especificar: _____

Fuma: SI NO Si no fuma, ¿Ha fumado antes?: SI NO

¿Ha tenido una vacuna para el FLU?: SI NO ¿Cuándo?: _____

Si es mayor de 65 años,

¿Tiene su vacuna de Neumonía? SÍ NO ¿Cuándo?: _____

¿HA TENIDO ALGÚNO DE LOS SIGUIENTES PADECIMIENTOS?

<input type="checkbox"/> Anemia	<input type="checkbox"/> Gota	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fibromialgia
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Infarto	<input type="checkbox"/> Neuropatía	<input type="checkbox"/> Cáncer
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Úlceras	<input type="checkbox"/> Derrame Cerebral
<input type="checkbox"/> Sangrado Anormal	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Neumonía	<input type="checkbox"/> Tiroides
<input type="checkbox"/> Cuagulos	<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Condición de Piel	<input type="checkbox"/> Tuberculosis
<input type="checkbox"/> Transfusiones de Sangre	<input type="checkbox"/> Enfermedad Renal	<input type="checkbox"/> Úlceras gástricas	<input type="checkbox"/> Enfermedad del Hígado

¿Actualmente estás bajo cuidado para el manejo del dolor? SI NO

¿Has estado bajo cuidado para el manejo del dolor en el pasado? SI NO

Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de su médico para el control del dolor:

_____ Teléfono: _____

Estatura: _____ Peso: _____ Numero de Zapatos: _____

Por favor haga una lista de las cirugías que ha tenido con su fecha:

Tipo de Cirugía: _____ Fecha: _____

Tipo de Cirugía: _____ Fecha: _____

Lista de hospitalizaciones diferentes que ha tenido *(Que no sean de las cirugías de arriba)*

¿Porqué?: _____ Fecha: _____

¿Porqué?: _____ Fecha: _____

LISTA DE MEDICAMENTOS QUE ESTA TOMANDO

Nombre	Dosis	¿Cada cuanto la toma?
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

HISTORIAL MÉDICO

MADRE ¿Vive? SI NO Diabetes Hipertensión Corazón Embolia Mental Cáncer Artritis

PADRE ¿Vive? SI NO Diabetes Hipertensión Corazón Embolia Mental Cáncer Artritis

HERMANO/A ¿Vive? SI NO Diabetes Hipertensión Corazón Embolia Mental Cáncer Artritis

Por favor, esté preparado para presentar sus tarjetas de seguro y licencia de conducir actuales en su visita inicial y periódicamente durante su tiempo en la oficina.

- Es su responsabilidad suministrar toda la información demográfica y de seguros actualizada.
- Si no nos informa adecuadamente de cualquier cambio en el seguro, el paciente será responsable de los saldos impagos.
- Tenga en cuenta que, si bien verificamos los beneficios de su seguro, la verificación o los beneficios no es una garantía de pago.

Es su responsabilidad comprender los términos y condiciones de su cobertura de seguro (o la de asegurado), incluidas las responsabilidades dentro y fuera de la red, el copago y el coseguro, los beneficios máximos y los servicios no cubiertos.

- Se entiende que es posible que su compañía de seguros no pague la factura total por la atención recibida.
- Si su seguro requiere una referencia, se espera que usted sea responsable de obtenerla a menos que le indiquemos lo contrario.
- Si su seguro requiere una referenda, se espera que usted sea responsable de obtenerla a menos que le indiquemos lo contrario

En el caso de que mi compañía de seguros les niegue el pago, o no haya cobertura de seguro disponible para mí, acepto que asegurare la responsabilidad del pago de mi cuenta.

- El pago de los servicios se debe realizar en el momento de su visita. Esto puede incluir copago, coseguro, deducible y montos por servicios que pueden no estar cubiertos por su compañía de seguros.
- En caso de que no cumpla con sus obligaciones financieras en el momento en que se prestan los servicios, sus servicios pueden ser reprogramados según sea médicamente apropiado para permitirle hacer los arreglos financieros necesarios.

Bajo mi mejor entendimiento, he respondido a las preguntas de este formulario con precisión. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede ser un peligro para mi salud. Entiendo que es mi responsabilidad informar al médico y al personal de la oficina de cualquier cambio en mi estado médico.

Nombre del paciente, padre o tutor

Si usted no es el paciente, ¿cuál es su relación con el paciente?

Firma

Fecha

AUTORIZACIONES

Beneficios para el médico y liberación de información

SI NO Yo autorizo el pago directamente al médico de los beneficios quirúrgicos y/o médicos.

SI NO También entiendo que soy responsable de cualquier parte de mi factura que no esté cubierta por la compañía de seguros

SI NO La información autorizada para su divulgación puede incluir información que pueda considerarse una enfermedad transmisible o venérea, como hepatitis, sífilis, gonorrea, VIH o Sida

Fecha

Firma

Padre o Tutor

Reconozco que se me proporcionó una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad y que lo he leído (o he tenido la oportunidad de leerlo si así lo he querido) y lo entiendo

Fecha

Firma

Padre o Tutor