



FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

Por favor complete todas las secciones con la mayor precision posible.

PACIENTE:

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

DATOS DEMOGRAFICOS

ALTURA: pies pulg PESO: lbs TALLA ZAPATO: SEXO: M F

OCUPACION: OCUPACION ANTERIOR:

FECHA DE NACIMIENTO: EDAD: SEGURO SOCIAL #:

DIRECCION:

CIUDAD: ESTADO: C.P.:

TEL. CASA: TRABAJO: CELULAR:

CONTACTO DE EMERGENCIA: TELEFONO:

CORREO ELECTRONICO:

PROVEEDORES DE SALUD

MEDICO DE CABECERA: TEL:

CARDIOLOGO: ENDOCRINOLOGO:

NEFROLOGO: REUMATOLOGO:

INFORMACION DEL SEGURO MEDICO DEL PACIENTE

Omita esta seccion si ya tenemos copia de su tarjeta de seguro.

SEGURO PRIMARIO

COMPANIA DE SEGUROS:

NOMBRE DEL TITULAR: FECHA NAC:

ID DE MIEMBRO / SSN:

SEGURO SECUNDARIO

COMPANIA DE SEGUROS:

NOMBRE DEL TITULAR: FECHA NAC:

COMO NOS ENCONTRO?

Amigo/Familiar

Google

Yelp

ChatGPT/IA

Paginas Amarillas

Otro:

ESTA EMBARAZADA? SI NO Si es asi, cuantos meses? (Felicidades!)

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

HISTORIAL DEL PROBLEMA ACTUAL DEL PIE / TOBILLO

Marque todas las que apliquen:

Unas Encarnadas

Dolor de Talon

Juanetes

Hongos en Unas

Dolor/Rigidez Articular

Dedos en Martillo

Verrugas

Hinchazon Pierna/Tobillo

Pies Planos

Gota

Pie de Atleta

Cree Que Sus Pies Son Feos

TRAUMA/OTRO:

CUAL LADO:

Derecho

Izquierdo

Ambos

CUAL DEDO:

CUANTO TIEMPO HA TENIDO ESTE PROBLEMA?

Dias

Semanas

Meses

Anos

HA RECIBIDO ALGUN TRATAMIENTO O TOMADO ALGO PARA ESTO?

YA HA VISTO A ALGUIEN POR ESTO?

No

Si, a quien:

ALERGIAS

ALERGIAS A ALIMENTOS:

Aspirina

Lidocaina

Novocaina

Penicilina

Cipro

Yodo

Codeina

Vicodin

Sulfas

Mariscos

Camaron

Citricos

Fiebre del Heno

Cinta

Adhesivo

Latex

Formularios Largos

Otro:

ALERGIAS A CINTAS:

OTRAS REACCIONES / SENSIBILIDADES:

MEDICAMENTOS ACTUALES

Liste todos sus medicamentos actuales y dosis (o entregue su lista de medicamentos a la recepcion):

1.

8.

2.

9.

3.

10.

4.

11.

5.

12.

6.

13.

7.

14.

FARMACIA PREFERIDA:

TELEFONO:

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

HISTORIAL MEDICO

Marque todas las condiciones que le aplican ahora o en el pasado:

Anemia/Trastornos de Sangre

Artritis

Asma/Fiebre del Heno

Coagulos de Sangre

Dolor de Pecho al Esfuerzo

Paralisis Cerebral/Polio

Diabetes Tipo I

Diabetes Tipo II

Dialisis

Abuso de Drogas/Alcohol

Trastorno Oido/Nariz/Garganta

Problemas Emocionales

Problemas de la Piel

Enfisema

Epilepsia/Convulsiones

Problemas de los Ojos

Gota

Dolores de Cabeza/Migranas

VIH

Presion Alta

Colesterol Alto

Enfermedad Renal

Trastorno del Hgado

Neumonia

Sangrado Prolongado

Trastorno de Prostata

Tratamiento Psiquiatrico

Fiebre Reumatica/Escarlatina

ETS

Trastorno Estomacal/Ulcera

Derrame Cerebral

Tuberculosis

Enfermedad de Tiroides

Tumor/Cancer

Problemas del Corazon

Otro:

Si es Diabetico:

Anos:

Azucar Promedio:

HbA1C:

HISTORIAL QUIRURGICO**Procedimiento / Lesion / Enfermedad****Ano****Medico****Hospital****HISTORIAL FAMILIAR****Cancer****Corazon****Presion****Derrame****Coagulos****Rinon****Diabetes****Mental****Enfisema**

MATERNA

PATERNA

HISTORIAL SOCIAL

FUMA ACTUALMENTE?

Si

No

Anos:

Cajetillas/Dia:

FUMO ANTERIORMENTE?

Si

No

Cuando dejo:

BEBIDAS CON CAFEINA/DIA:

ALCOHOL/SEMANA:

DROGAS ILICITAS?

Si

No

VAPEA?

Si

No

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

REVISION COMPLETA DE SISTEMAS

Marque todos los sintomas que actualmente le apliquen:

CONSTITUCIONAL

Disminucion Apetito	Aumento Apetito	Escalofrios	Convulsiones
Fiebre	Malestar	Sudores Nocturnos	Problemas de Sueno
Aumento de Peso	Perdida de Peso		

CARDIOLOGICO

Hinchazon de Tobillos	Calambres en Pantorrillas	Dolor de Pecho	Palpitaciones
Dolor de Mandibula	Soplo	Marcapasos	Falta de Aire

ENDOCRINO

Intolerancia al Frio	Cabello Seco	Piel Seca	Sed Extrema
Intolerancia al Calor	Bochornos	Hiperglucemia	Caida de Cabello
Fatiga Inusual			

OIDO/NARIZ/GARGANTA

Tos Cronica	Dificultad para Oir	Dificultad para Tragar	Perdida de Olfato
Goteo Postnasal	Sangrado Nasal	Zumbido en Oidos	Problemas de Senos
Dolor de Garganta	Ganglios Inflamados	Tinnitus	

OJOS

Bifocales	Vision Borrosa	Vision Doble	Hipermetropia
Perdida de Vision	Miopia	Fotosensibilidad	

GASTROINTESTINAL

Dolor Abdominal	Sangre en Heces	Estrenimiento	Diarrea
Reflujo/Acidez	Nauseas		

GENITOURINARIO

Espasmo de Vejiga	Sangre en Orina	Ardor al Orinar	Infeccion Urinaria
Problemas de Rinon	Quistes Ovaricos	Problemas de Prostata	Frecuencia Urinaria
Urgencia Urinaria	Fibromas Uterinos		

INMUNOLOGICO

Brote Artritico	Ataque de Asma Reciente	Estornudos	Alergias Ambientales
Ojos Llorosos	Alergias Estacionales		

PIEL

Ardor de Piel	Caspa	Dermatitis	Eczema
Cicatrizacion Excesiva	Sarpullido	Heridas que No Sanan	Brote de Psoriasis
Sensacion de Hormigueo			

LINFATICO

Anemia	Edema de Tobillo	Tendencia a Sangrar	Moretones Faciles
Hinchazon de Piernas	Crisis de Celulas Falciformes	Transfusion Reciente	Ganglios Linfaticos Inflamados

MUSCULOESQUELETICO

Dolor de Espalda	Dolor Articular	Enrojecimiento Articular	Hinchazon Articular
Calambres en Piernas	Rigidez Matutina	Sensibilidad Muscular	Dolor de Cuello
Rigidez	Debilidad Muscular	Dificultad para Caminar	

NEUROLOGICO

Ardor en Dedos Pies/Manos	Hipersensibilidad	Problemas Neurologicos	Entumecimiento
Temblores	Paralisis	Convulsion Reciente	Entumecimiento Tipo Guante
Hormigueo en Extremidades	Movimientos Incontrolados		

PSIQUIATRICO

Tendencias Adictivas	Problemas de Ira	Ansiedad	Intento de Suicidio
Claustrofobia	Comer en Exceso	Depresion	Desorientacion
Irritabilidad	Disminucion de Libido	Perdida de Memoria	Cambios de Estado Mental
Ataques de Panico	Paranoia	Patron de Sueno Deficiente	Pensamientos Suicidas

RESPIRATORIO

Dificultades Respiratorias	Sintomas Respiratorios	Dolor de Pecho/Inspiracion	Sibilancias
Ronquidos	Ataque de Asma Reciente	Exposicion a TB	Falta de Aire
Apnea del Sueno			

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

FIRMAS Y CONSENTIMIENTOS**OPCIONES DE FIRMA:** (1) Imprima este formulario y firme con pluma O (2) Use Adobe Acrobat Reader (gratis) funcion "Rellenar y Firmar"

Los campos de fecha se sincronizan en todas las lineas de firma - ingrese una vez y se llenara en todas partes.

1 ASIGNACION DE BENEFICIOS Y AUTORIZACION

Por este medio autorizo el pago directo de beneficios quirurgicos y medicos a mi nombre al proveedor de estos servicios. Entiendo que soy personalmente responsable ante el medico por cualquier cargo no cubierto por mi acuerdo de seguro. Tambien entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, sere responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de mi cuenta, incluyendo honorarios de cobranza y costos de abogados. Se aplicara una tarifa de re-facturacion de \$25.00 por mes a todas las cuentas con mas de 10 dias de vencimiento. Autorizo la liberacion de cualquier registro medico previo. Tambien autorizo al doctor y/o personal clinico a iniciar el diagnostico y tratamiento de mi condicion. Doy permiso a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.) para obtener y liberar informacion medica a companias de seguros y medicos referentes.

FIRMA:**FECHA:****SI NO ES EL PACIENTE, RELACION:**

Padre/Madre

Poder Legal

Tutor Legal

Otro:

2 SEGURO HMO

(Si no tiene HMO, por favor ponga sus iniciales)

Todos los pacientes de HMO deben tener una referencia/autorizacion valida antes de cada visita. La falta de obtener una referencia resultara en que el paciente sea financieramente responsable de todos los servicios prestados.

FIRMA/INICIALES:**FECHA:****3 CANCELACIONES Y CITAS PERDIDAS**

Se requiere un minimo de 24 horas de aviso para cancelar o reprogramar una cita. Los pacientes que no proporcionen aviso de 24 horas, o que no se presenten a su cita, se les cobrara una tarifa de \$125.

FIRMA:**FECHA:****4 INFORMACION DE PRIVACIDAD**

Podemos dejar informacion de citas y medica por mensaje o correo electronico?

Solo al Paciente?	Si	No	Paciente y/o Conyuge?	Si	No
Cualquiera que Contesto en Casa?	Si	No	En Buzon de Voz de Casa?	Si	No
Por Correo Electronico?	Si	No	En Buzon de Voz del Celular?	Si	No

OTRAS INSTRUCCIONES:

FIRMA:**FECHA:**

**PACIENTE:**

NOMBRE

INIC.

APELLIDO

FIRMAS Y CONSENTIMIENTOS (CONTINUACION)**5 LIBERACION DE INFORMACION**

Por mi firma, autorizo a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.) a divulgar, cuando sea solicitado por cualquier compania de seguros nombrada o sus representantes autorizados, toda la informacion relacionada con cualquier enfermedad(es), lesion(es), historial medico, tratamiento y copias de registros medicos. Adicionalmente autorizo el pago directo a Fallbrook Podiatry Inc. de cualquier beneficio quirurgico y/o medico que de otra manera me seria pagable a mi. Entiendo que soy financieramente responsable de todos los cargos no cubiertos por esta autorizacion.

FIRMA:

FECHA:

6 RECONOCIMIENTO DE RECIBO DE AVISO DE PRACTICAS DE PRIVACIDAD

Reconozco que he leído, o he tenido la oportunidad de leer, el Aviso de Practicas de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA), y que entiendo la informacion proporcionada.

FIRMA:

FECHA:

Si no ha tenido la oportunidad de revisar el Aviso HIPAA, una copia esta disponible en nuestra oficina.

7 CONSENTIMIENTO PARA: TRATAMIENTO - OBSERVACION - FOTO - MUESTRA DE TEJIDO

Por este medio consiento al examen y tratamiento segun lo indicado despues de mi consulta con Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.). Entiendo que el uso de cualquier anestesico, sedante, rayos X o procedimientos quirurgicos considerados necesarios por el Dr. Patish no se realizaran sin discusion previa conmigo. Ademias consiento y autorizo la realizacion de cualquier procedimiento o tratamiento quirurgico o no quirurgico adicional que el medico determine aconsejable durante el curso de atencion. Reconozco que no se ha hecho ninguna garantia con respecto a los resultados que puedan obtenerse. Consiento a la administracion de anestesia segun lo considere aconsejable el medico. Consiento al uso de procedimientos radiologicos (rayos X), la toma de muestras de tejido para pruebas de laboratorio, y cualquier servicio o prueba adicional considerada necesaria para la atencion medica. Consiento a la eliminacion adecuada de cualquier tejido o parte removida durante el tratamiento o procedimientos quirurgicos. Entiendo que el uso o abuso de drogas, alcohol y tabaco, o la existencia de condiciones como alergias a medicamentos, embarazo, epilepsia, herpes, hepatitis, VIH/SIDA, u otras condiciones medicas no divulgadas pueden ponerme en mayor riesgo de complicaciones. Consiento a la admision de observadores en la sala de operaciones/procedimientos y a la fotografia y/o grabacion de video del procedimiento(s) quirurgico(s) con fines de educacion medica avanzada en podiatria. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre mi diagnostico, los procedimientos planificados, riesgos potenciales, beneficios y alternativas, y que todas mis preguntas han sido respondidas a mi satisfaccion. Entiendo que puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento antes del tratamiento.

FIRMA:

FECHA:

LO LOGRO. USTED ES INCREIBLE.

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario minuciosamente.