



FORMULARIO DE INGRESO DEL PACIENTE

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

PACIENTE: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO

DATOS DEMOGRAFICOS

ALTURA: _____ pies _____ pulgadas PESO: _____ libras TALLA ZAPATO: _____ SEXO: ☐ M ☐ F
OCUPACION: _____ OCUPACION ANTERIOR: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEGURO SOCIAL #: _____
DIRECCION: _____
CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CODIGO POSTAL: _____
TELEFONO CASA: _____ TRABAJO: _____ CELULAR: _____
CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELEFONO: _____
CORREO ELECTRONICO: _____

PROVEEDORES DE SALUD

MEDICO DE CABECERA: _____ TELEFONO: _____
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 DE NACIMIENTO: _____
ID DE MIEMBRO / SSN: _____

SEGURO SECUNDARIO

COMPANIA DE SEGUROS: _____
NOMBRE DEL TITULAR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

COMO NOS ENCONTRO?

☐ Amigo/Familiar ☐ Google ☐ Yelp ☐ ChatGPT/IA ☐ Paginas Amarillas

☐ Otro: _____

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

**PACIENTE:**

NOMBRE

INICIAL

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 Atletas☐ 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:

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

INICIAL

APELLIDO

HISTORIAL MEDICO

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

☐ Anemia/Trast. de Sangre☐ Gota☐ Sangrado Prolongado☐ Artritis☐ Dolores de Cabeza☐ Trast. de Prostata☐ Asma/Fiebre del Heno☐ Problemas del Corazon☐ Tratamiento Psiquiatrico☐ Coagulos de Sangre☐ Presion Alta☐ Fiebre Reumatica☐ Paralisis Cerebral/Polio☐ Colesterol Alto☐ Problemas de la Piel☐ Dolor Pecho al Esfuerzo☐ VIH☐ ETS☐ Diabetes Tipo I☐ Enfermedad Renal☐ Trast. Estomacal/Ulcera☐ Diabetes Tipo II☐ Trastorno del Hgado☐ Derrame Cerebral☐ Dialisis☐ Enfisema☐ Enfermedad de Tiroides☐ Abuso Drogas/Alcohol☐ Neumonía☐ Tuberculosis☐ Trast. Oido/Nariz/Garg.☐ Problemas Emocionales☐ Tumor/Cancer☐ Epilepsia/Convulsiones☐ Problemas de los Ojos☐ Otro: _____

Si es Diabetico: Anos: _____

Azucar Promedio: _____

HbA1C: _____

HISTORIAL QUIRURGICO**Procedimiento / Lesion / Enfermedad****Ano****Medico****Hospital**

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

HISTORIAL FAMILIAR

	Cancer	Enfermedad del Corazon	Presion Alta	Derrame Cerebral	Coagulos
MATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfermedad Renal	Diabetes	Enfermedad Mental	Enfisema	
MATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PATERNA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

HISTORIAL SOCIALFUMA 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

INICIAL

APELLIDO

REVISION COMPLETA DE SISTEMAS

Marque todos los sintomas que actualmente le apliquen:

CONSTITUCIONAL

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Disminucion Apetito | <input type="checkbox"/> Aumento Apetito | <input type="checkbox"/> Escalofrios | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Fiebre | <input type="checkbox"/> Malestar | <input type="checkbox"/> Sudores Nocturnos | <input type="checkbox"/> Problemas de Sueno |
| <input type="checkbox"/> Aumento de Peso | <input type="checkbox"/> Perdida de Peso | | |

CARDIOLOGICO

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de Tobillos | <input type="checkbox"/> Calambres en Pantorrillas | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho | <input type="checkbox"/> Palpitaciones |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Mandibula | <input type="checkbox"/> Soplo | <input type="checkbox"/> Marcapasos | <input type="checkbox"/> Falta de Aire |

ENDOCRINO

- | | | | |
|--|---------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al Frio | <input type="checkbox"/> Cabello Seco | <input type="checkbox"/> Piel Seca | <input type="checkbox"/> Sed Extrema |
| <input type="checkbox"/> Intolerancia al Calor | <input type="checkbox"/> Bochornos | <input type="checkbox"/> Hiperglucemia | <input type="checkbox"/> Caída de Cabello |
| <input type="checkbox"/> Fatiga Inusual | | | |

OIDO/NARIZ/GARGANTA

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tos Cronica | <input type="checkbox"/> Dificultad para Oir | <input type="checkbox"/> Dificultad para Tragar | <input type="checkbox"/> Perdida de Olfato |
| <input type="checkbox"/> Goteo Postnasal | <input type="checkbox"/> Sangrado Nasal | <input type="checkbox"/> Zumbido en Oidos | <input type="checkbox"/> Problemas de Senos |
| <input type="checkbox"/> Dolor de Garganta | <input type="checkbox"/> Ganglios Inflamados | <input type="checkbox"/> Tinnitus | |

OJOS

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bifocales | <input type="checkbox"/> Vision Borrosa | <input type="checkbox"/> Vision Doble | <input type="checkbox"/> Hipermetropia |
| <input type="checkbox"/> Perdida de Vision | <input type="checkbox"/> Miopia | <input type="checkbox"/> Fotosensibilidad | |

GASTROINTESTINAL

- | | | | |
|--|--|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal | <input type="checkbox"/> Sangre en Heces | <input type="checkbox"/> Estrenimiento | <input type="checkbox"/> Diarrea |
| <input type="checkbox"/> Reflujo/Acidez | <input type="checkbox"/> Nauseas | | |

GENITOURINARIO

- | | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Espasmo de Vejiga | <input type="checkbox"/> Sangre en Orina | <input type="checkbox"/> Ardor al Orinar | <input type="checkbox"/> Infeccion Urinaria |
| <input type="checkbox"/> Problemas de Rinon | <input type="checkbox"/> Quistes Ovaricos | <input type="checkbox"/> Problemas de Prostata | <input type="checkbox"/> Frecuencia Urinaria |
| <input type="checkbox"/> Urgencia Urinaria | <input type="checkbox"/> Fibromas Uterinos | | |

INMUNOLOGICO

- | | | | |
|--|--|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Brote Artrítico | <input type="checkbox"/> Ataque de Asma Reciente | <input type="checkbox"/> Estornudos | <input type="checkbox"/> Alergias Ambientales |
| <input type="checkbox"/> Ojos Llorosos | <input type="checkbox"/> Alergias Estacionales | | |

PIEL

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ardor de Piel | <input type="checkbox"/> Caspa | <input type="checkbox"/> Dermatitis | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Cicatrizacion Excesiva | <input type="checkbox"/> Sarpullido | <input type="checkbox"/> Heridas que No Sanan | <input type="checkbox"/> Brote de Psoriasis |
| <input type="checkbox"/> Sensacion de Hormigueo | | | |

LINFATICO

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Edema de Tobillo | <input type="checkbox"/> Tendencia a Sangrar | <input type="checkbox"/> Moretones Faciles |
| <input type="checkbox"/> Hinchazon de Piernas | <input type="checkbox"/> Crisis de Celulas Falciformes | <input type="checkbox"/> Transfusion Reciente | <input type="checkbox"/> Ganglios Linfaticos Inflamados |

MUSCULOESQUELETICO

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dolor de Espalda | <input type="checkbox"/> Dolor Articular | <input type="checkbox"/> Enrojecimiento Articular | <input type="checkbox"/> Hinchazon Articular |
| <input type="checkbox"/> Calambres en Piernas | <input type="checkbox"/> Rigidez Matutina | <input type="checkbox"/> Sensibilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Dolor de Cuello |
| <input type="checkbox"/> Rigidez | <input type="checkbox"/> Debilidad Muscular | <input type="checkbox"/> Dificultad para Caminar | |

NEUROLOGICO

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ardor en Dedos Pies/Manos | <input type="checkbox"/> Hipersensibilidad | <input type="checkbox"/> Problemas Neurologicos | <input type="checkbox"/> Entumecimiento |
| <input type="checkbox"/> Temblores | <input type="checkbox"/> Paralisis | <input type="checkbox"/> Convulsion Reciente | <input type="checkbox"/> Entumecimiento Tipo Guante |
| <input type="checkbox"/> Hormigueo en Extremidades | <input type="checkbox"/> Movimientos Incontrolados | | |

PSIQUIATRICO

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Tendencias Adictivas | <input type="checkbox"/> Problemas de Ira | <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Claustrofobia | <input type="checkbox"/> Comer en Exceso | <input type="checkbox"/> Depresion | <input type="checkbox"/> Desorientacion |
| <input type="checkbox"/> Irritabilidad | <input type="checkbox"/> Disminucion de Libido | <input type="checkbox"/> Perdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Cambios de Estado Mental |
| <input type="checkbox"/> Ataques de Panico | <input type="checkbox"/> Paranoia | <input type="checkbox"/> Patron de Sueno Deficiente | <input type="checkbox"/> Pensamientos Suicidas |

RESPIRATORIO

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dificultades Respiratorias | <input type="checkbox"/> Sintomas Respiratorios | <input type="checkbox"/> Dolor de Pecho/Inspiracion | <input type="checkbox"/> Sibilancias |
| <input type="checkbox"/> Ronquidos | <input type="checkbox"/> Ataque de Asma Reciente | <input type="checkbox"/> Exposicion a TB | <input type="checkbox"/> Falta de Aire |
| <input type="checkbox"/> Apnea del Sueno | | | |



PACIENTE: _____
NOMBRE INICIAL APELLIDO

FIRMAS Y CONSENTIMIENTOS

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. 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. Doy permiso a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigoriy N. Patish, D.P.M.) para obtener y liberar informacion medica.

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?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Paciente y/o Conyuge?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cualquiera que Contesto en Casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Buzon de Voz de Casa?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Por Correo Electronico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	En Buzon de Voz del Celular?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

OTRAS INSTRUCCIONES: _____

FIRMA: _____ FECHA: _____

**PACIENTE:**

NOMBRE

INICIAL

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.

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 anestésico, sedante, rayos X o procedimientos quirurgicos considerados necesarios por el Dr. Patish no se realizaran sin discusion previa conmigo. Ademas 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. Reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas. 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.