



# 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?

\_\_\_\_\_ (Felicitades!)

**PACIENTE:** \_\_\_\_\_

NOMBRE \_\_\_\_\_

INICIAL \_\_\_\_\_

APELLIDO \_\_\_\_\_

## HISTORIAL DEL PROBLEMA ACTUAL DEL PIE / TOBILLO

Marque todas las que apliquen:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Unas Encarnadas | <input type="checkbox"/> Dolor de Talon           | <input type="checkbox"/> Juanetes                   |
| <input type="checkbox"/> Hongos en Unas  | <input type="checkbox"/> Dolor/Rigidez Articular  | <input type="checkbox"/> Dedos en Martillo          |
| <input type="checkbox"/> Verrugas        | <input type="checkbox"/> Hincharon Pierna/Tobillo | <input type="checkbox"/> Pies Planos                |
| <input type="checkbox"/> Gota            | <input type="checkbox"/> Pie de Atleta            | <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_

ALERGIAS A CINTAS: \_\_\_\_\_

- |                                   |   |  |                                     |                                   |
|-----------------------------------|---|--|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspirina | <input type="checkbox"/> Lidocaina          | <input type="checkbox"/> Novocaina       | <input type="checkbox"/> Penicilina | <input type="checkbox"/> Cipro    |
| <input type="checkbox"/> Yodo     | <input type="checkbox"/> Codeina            | <input type="checkbox"/> Vicodin         | <input type="checkbox"/> Sulfas     | <input type="checkbox"/> Mariscos |
| <input type="checkbox"/> Camaron  | <input type="checkbox"/> Citricos           | <input type="checkbox"/> Fiebre del Heno | <input type="checkbox"/> Cinta      | <input type="checkbox"/> Adhesivo |
| <input type="checkbox"/> Latex    | <input type="checkbox"/> Formularios Largos | <input type="checkbox"/> Otro: _____     |                                     |                                   |

OTRAS REACCIONES / SENSIBILIDADES: \_\_\_\_\_

## MEDICAMENTOS ACTUALES

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

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_
7. \_\_\_\_\_
8. \_\_\_\_\_
9. \_\_\_\_\_
10. \_\_\_\_\_
11. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
13. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_

FARMACIA PREFERIDA: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_



**PACIENTE:**

**NOMBRE**

INICIAL

**APELLIDOS**

## HISTORIAL MEDICO

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

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

Si es Diabetico: Anos:

Azucar Promedio:

HbA1C:

## HISTORIAL QUIRURGICO

<b>Procedimiento / Lesion / Enfermedad</b>	<b>Ano</b>	<b>Medico</b>	<b>Hospital</b>

# HISTORIAL FAMILIAR

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

# HISTORIAL SOCIAL

FUMA ACTUALMENTE?  Si  No Anos: \_\_\_\_\_ Cajetillas/Dia: \_\_\_\_\_

FUMO ANTERIORMENTE?  Si  No Cuando dejo?

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 Pantorillas | <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"/> Hiperglucemias | <input type="checkbox"/> Caida 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 Artritico | <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 |   |   |

**PSIQUEUTRICO**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <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/Inspiration | <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 quirúrgicos y médicos a mi nombre al proveedor de estos servicios. Entiendo que soy personalmente responsable ante el médico por cualquier cargo no cubierto por mi acuerdo de seguro. También entiendo que si mi cuenta se vuelve morosa, seré responsable de cualquier costo incurrido en el cobro de mi cuenta. Se aplicará una tarifa de re-facturación de \$25.00 por mes a todas las cuentas con más de 10 días de vencimiento. Autorizo la liberación de cualquier registro médico previo. Doy permiso a Fallbrook Podiatry Inc. (Dr. Grigory N. Patish, D.P.M.) para obtener y liberar información médica.

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/autorización válida antes de cada visita. La falta de obtener una referencia resultaría en que el paciente sea financieramente responsable de todos los servicios prestados.

FIRMA/INICIALES:

FECHA:

### 3 CANCELACIONES Y CITAS PERDIDAS

Se requiere un mínimo 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 cobrará una tarifa de \$125.

FIRMA:

FECHA:

### 4 INFORMACION DE PRIVACIDAD

Podemos dejar información de citas y médica por mensaje o correo electrónico?

Solo al Paciente?

Si  No

Paciente y/o Conyuge?

Si  No

Cualquiera que Conteste en Casa?

Si  No

En Buzón de Voz de Casa?

Si  No

Por Correo Electrónico?

Si  No

En Buzón de Voz del Celular?

Si  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 leido, 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. 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.