



¡Bienvenido/a a Nuestra Oficina!

FORMULARIO DE NUEVO PACIENTE

Apellido: _____ Nombre: _____ Genero: M F

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Seguro Social#: _____

Direccion: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____Codigo Postal: _____

Celular: _____Numero de casa: _____Trabajo _____

Estado civil: ___Soltero/a ___Casado/a ___Divorciado/a ___Viudo/a ___Separdo/a legalmente

Contacto de emergencia: _____ Telefono: _____ Relacion: _____

Estado de empleo: ___Tiempo complete ___Medio tiempo ___No trabajo Ocupacion: _____

Farmacia preferida: _____ Telefono: _____

••• Por favor describa su problema de pie/tobillo (incluya fecha y lugar de lesion si aplica) •••

Como ud sabe de nuestra oficina? [] Google [] Facebook [] Instagram [] Twitter [] Compañía de seguros
 [] Familia / amigo/a [] Referencia médica [] Otro: _____

Historial Medico Personal:

••• Revise aquellos que aplican ahora o aplicaron en el pasado •••

Artritis	No	Si	Gastritis	No	Si
Transfusión de sangre _____ (ano _____)	No	Si	Enfermedad de Rinones	No	Si
Cancer	No	Si	Enfermedad de Hígado	No	Si
Diabetes	No	Si	Asma	No	Si
Epilepsias	No	Si	Problemas psiquiatricos	No	Si
Enfermedad cardiaca	No	Si	Enfermedad respiratoria /pulmonar	No	Si
Hepatitis	No	Si	Derrame Cerebral	No	Si
Hipertension (presión alta)	No	Si	Enfermedad de la tiroides	No	Si
SIDA	No	Si	Enfermedad vascular/ problemas circulatorios	No	Si
Problemas Gastrointestinales/Ulceras	No	Si	Colesterol alto	No	Si



MEDICINAS

Por favor de enlistar medicinas Corrientes

- 1. _____ 6. _____
- 2. _____ 7. _____
- 3. _____ 8. _____
- 4. _____ 9. _____
- 5. _____ 10. _____

ALERGIAS

____ Medicinas: _____

____ Comidas: _____

____ Otro: _____

HISTORIAL SURGICO

PROCEDIMIENTO SURGICO / LESION SERIA / ENFERMEDAD	AÑO	DOCTOR	HOSPITAL

Algun **miembro familiar** tiene o a tenido lo siguiente (por favor indicar relacion):

Cancer: _____ Diabetes: _____

Enfermedad de corazon: _____ Derrame cerebral: _____

Presion Alta: _____ Enfermedad vascular/Problemas circulatorios: _____

Otros: _____



¡Bienvenido/a a nuestra oficina!

INFORMACION SOCIAL DEL PACIENTE

Usted fuma actualmente? Si No Cuantos paquetes al dia? Por cuantos años?
 Ha fumado en el pasado? Si No Cuando renuncio?
 Tiene historia de abuso de sustancias? Si No Si la respuesta es Si, por favor enlistarla:
 Cantidad de alcohol consumida: **Por semana** **Por mes:**

CONDICIONES MEDICAS

••• Revise aquellos que le aplican a usted **corrientemente** •••

Desmayos	No	Si	Dolor de cabeza	No	Si
Problemas de bejiga o defecacion	No	Si	Presion alta	No	Si
Problemas de sangramiento	No	Si	Dolor de cintura	No	Si
Cambios en color/textura de piel	No	Si	Pulmones, Problemas respiratorios	No	Si
Dolores de pecho/palpitaciones	No	Si	Dolor de musculo/huesos/coyonturas	No	Si
Digestion	No	Si	Adormesimiento/Cosquilleo	No	Si
Oidos, nariz, garganta	No	Si	Hinchazon/descolorizacion de piernas	No	Si
Ojos/disturbio visual	No	Si	Perdida o subida de peso	No	Si
Fiebre/Resfriado/Calores/Fatiga	No	Si	Mareos	No	Si

Yo autorizo pago directo tanto surgico como beneficios medicinales de mi parte, a el proveedor de estos servicios, que yo me haria cargo en el caso de no hacer esta asignacion. Yo entiendo que soy personalmente responsable con el doctor de los cargos no cubiertos por mi acuerdo con mi seguro.

Yo entiendo que si mi seguro requiere un referido, ya sea en papel o electronico, yo soy responsable por obtener un referido valido y con fecha actualizada.

La informacion enlistada por mi es verdadera y correcta de acuerdo al mejor de mi conocimiento. Yo autorizo la divulgacion de cualquier records medicos previos por fax, correo o telefono ya sea generada por doctor o hospital. Tambien, por la presente autorizo al doctor o sus asistentes para inziar el diagnostico y tratamiento de mi condicion, examinacion de rayos-x, o fotografias como sean necesarias.

Yo doy permiso a Footcare Now para obtener y divulgar informacion medica a companias de seguro y doctor de referencia. Yo he leido lo siguiente y entiendo y estoy de acuerdo con la poliza de la oficina de Footcare Now.

FECHA _____

FIRMA DE PACIENTE O GUARDIAN LEGAL _____

* Si no es el paciente, Relacion para el paciente:
 Papa/Mama Poder legal Guardian legal Otro: