



Fecha:	Patient # (office only)
<b>LA INFORMACION DEL PACIENTE</b>	
Apellido	Nombre Segundo nombre

<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer	Estado civil (marcar con un círculo) soltero   casado   divorciado   separados   viuda	Correo electrónico (email):	¿Permisos de email? <input type="checkbox"/> Boletín <input type="checkbox"/> Ofertas <input type="checkbox"/> Ninguno
Dirección:		Ciudad:	Estado: Código postal:

Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo: Ext.	Celular:
Dejar mensajes en casa? <input type="checkbox"/> Está bien <input type="checkbox"/> No	Dejar mensajes en trabajo? <input type="checkbox"/> Está bien <input type="checkbox"/> No	Dejar un correo de voz por celular?: <input type="checkbox"/> Está bien <input type="checkbox"/> No

Raza: <input type="checkbox"/> African American <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No soy Hispano/Latino	Idioma: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Other _____
---	---	---

Número de seguro social: - -	Fecha de nacimiento: / /	Edad:	Estado de aseguranza <input type="checkbox"/> Tengo aseguranza <input type="checkbox"/> Pagando en efectivo
---------------------------------	-----------------------------	-------	--

Estado de empleo:  Tiempo completo  Tiempo parcial  Jubilado  Estudiante  Desempleado  propietario de mi negocio  Otro \_\_\_\_\_

Doctor Familiar (PCP): Dr. \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita: / /

Farmacia preferida: \_\_\_\_\_ Dirección/cruce de caminos: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE LA ASEGURANZA**  
(Por favor dar su tarjeta de aseguranza a la recepcionista)

Aseguranza primaria:  1<sup>st</sup> Health  Aetna  AHCCCS  APIPA  Arizona Foundation  Beechstreet  Blue Cross/Blue Shield  CIGNA  Tricare  
 Great West  Health Net  Maricopa Health Plan  Medicare/CMS  Mercy Care  Multiplan  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado:	Numero social: - -	Fecha de nacimiento: / /	Número del grupo:	Número de póliza:
-----------------------	-----------------------	-----------------------------	-------------------	-------------------

Relación entre el asegurado y el paciente  yo soy  esposo(a)  padre  otro \_\_\_\_\_

Aseguranza secundaria	Nombre del asegurado:	Número del grupo:	Número de póliza:
-----------------------	-----------------------	-------------------	-------------------

Relación entre el asegurado y el paciente  yo soy  esposo(a)  padre  otro \_\_\_\_\_

Persona responsable para la cuenta:	Fecha de nacimiento: / /	Teléfono:	Profesión:
-------------------------------------	-----------------------------	-----------	------------

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
------------	---------	---------	----------------

Empleador:	Ciudad y estado del empleador:	Teléfono del empleador:
------------	--------------------------------	-------------------------

**PERSONA DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA (NO DEL MISMO HOGAR)**

Nombre:	Relación:	Teléfono primario:	Teléfono secundario:
---------	-----------	--------------------	----------------------

**REFERIDO POR:**

¿Cómo se enteró acerca de nosotros?  Doctor familiar  otro médico, Dr. \_\_\_\_\_  La aseguranza  El hospital  
 guía telefónica  Un amigo  Un paciente  Sitio web  Búsqueda web (Google, Yahoo, Yelp, etc.)  Vi la oficina  
 Otro \_\_\_\_\_  Pariente Otros miembros de mi familia que son pacientes aquí:  Esposo(a)  Padre(s)  Hijo

**FIRMA/ DAR A CONOCER LA INFORMACIÓN DE BENEFICIOS**

Por lo mejor de mi conocimiento toda la información anterior es correcta. Yo autorizo que mis beneficios de aseguranza sean pagados directo al doctor. Yo entiendo que la oficina del doctor enviara la(s) factura(s) a mi aseguranza por cortesía por la cual yo soy responsable durante mi visita, los pagos, deducibles y servicios que no son cubiertos por mi aseguranza. También entiendo que esto no es la responsabilidad de esta oficina para informarme de cuales servicios son cubiertos por mi aseguranza. Yo autorizo el que den a conocer la información requerida para procesar las deudas directamente al médico. Si abajo no está firmado el pago debe ser pagado durante el momento de servicio

**TODOS LOS PAGOS Y DEDUCIBLES DEBEN SER PAGADOS EL DÍA DE SERVICIO.**

Firma del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## ACUERDO DE PÓLIZAS DE SEGURO/PRÁCTICA

Su póliza de seguro es un contrato que existe entre usted y su compañía de seguros. Nuestra relación es con usted, el paciente, y no con la compañía de seguros. Si tiene preguntas sobre su póliza, llame al número de teléfono que se proporciona en el reverso de su tarjeta de seguro. El paciente o la parte responsable es responsable de que su factura se pague en su totalidad. Por favor, infórmenos en cada visita de cualquier cambio en su cobertura de seguro.

Por favor, inicie cada línea indicando su comprensión de nuestras políticas:

\_\_\_\_\_ **BENEFICIOS DEL SEGURO:** Entiendo que soy responsable de cualquier cargo incurrido durante cualquier visita o tratamiento por parte de los médicos y el personal de Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC. Es posible que mi compañía de seguros no cubra mis cargos por cualquiera de las siguientes razones: la referencia no fue válida para la atención, mi compañía de seguros puede no cubrir el servicio, mi seguro puede no estar vigente, los cargos se pueden aplicar al deducible / coseguro / copago. Los médicos y el personal de Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC presentarán mi seguro cuando sea apropiado, pero en última instancia seré responsable de todos los cargos y de conocer los beneficios de mi seguro. Se puede obtener una tabla de tarifas a pedido. Los pagos aceptables que tomamos por copagos, deducibles y coseguros son efectivo y todas las principales tarjetas de crédito. No aceptamos cheques para ninguno de los anteriores.

- A) \_\_\_ **COPAGOS:** Es un requisito de su compañía de seguros que cobremos su copago. Se requiere el pago antes de reunirse con el médico.
- B) \_\_\_ **DEDUCIBLES Y COASEGURO:** Si tiene un plan de deducible, cobraremos los servicios prestados y lo aplicaremos a su deducible y coseguro. Cualquier saldo restante después de la presentación a su compañía de seguros es su responsabilidad.
- C) \_\_\_ **REFERENCIA:** Si su plan de seguro requiere una referencia de su médico de atención primaria, esto será requerido antes del momento de su visita. Sin una referencia disponible, su cita será reprogramada, o puede ser visto como un paciente de pago en efectivo sin beneficios de seguro.

\_\_\_\_\_ **AUTOPAGO:** El pago total vence en el momento del servicio. Se requerirá un pago inicial antes de ver al médico. Como mínimo, se cobrará una tarifa de evaluación y gestión. El proveedor puede recomendar procedimientos / servicios adicionales, pero se le informará de estos cargos antes de continuar con el tratamiento.

\_\_\_\_\_ **SALDOS / TARIFAS DE COBRO:** Entiendo que el pago vence en el momento del servicio si no tengo seguro, por servicios no cubiertos por mi seguro y / o cualquier copago / deducible / coseguro, o cualquier compra OTC / en la oficina. Entiendo que si recibo una declaración por los servicios prestados, esta cantidad vence dentro de los 30 días. Habrá un cargo por pago atrasado de \$ 20 para saldos de más de 90 días. Las cuentas con vencimiento de más de 120 días se cargarán a su tarjeta registrada o se entregarán a nuestra agencia de cobro. Habrá un margen adicional del 40% a los saldos. También habrá una tarifa adicional de reincorporación de \$ 50 que se verá en la oficina una vez que se paguen las colecciones. Aceptamos efectivo, cheques y todas las principales tarjetas de crédito.

\_\_\_\_\_ **EQUIPO MÉDICO DURADERO (DME):** Entiendo que si por alguna razón mi compañía de seguros ha negado el pago debido a cualquiera de las razones enumeradas anteriormente, es mi responsabilidad conocer los beneficios de mi seguro y reembolsar a Arizona Foot & Ankle Specialists por el costo del equipo DME dispensado. El equipo DME incluye, entre otros, aparatos ortopédicos, aparatos ortopédicos AFO, muletas, unidades TENS, cinta, gasa, etc. Si hay alguna pregunta sobre lo que se considera equipo DME, entiendo que debo preguntar al médico o al personal de Arizona Foot



& Ankle Specialists, LLC antes de la dispensación de este artículo. Entiendo que todos los equipos DME **no son reembolsables**.

\_\_\_\_\_ **NO SHOW / REPROGRAMAR:** Se requiere un aviso de 24 horas para la cancelación o reprogramación de su cita y, de lo contrario, incurrirá en una tarifa de \$ 50. No presentarse a una cita sin previo aviso también resultará en una tarifa de \$ 50. Salir dentro de los 60 minutos de la hora de su cita también resultará en una tarifa de \$ 35. Estos no serán cubiertos por su compañía de seguros y son responsabilidad del paciente. También se requiere un aviso de 24 horas para la cancelación de cualquier cita de EPAT y, de lo contrario, se incurrirá en una tarifa de \$ 100.

\_\_\_\_\_ **CANCELACIÓN DE CIRUGÍA:** Si no se proporciona un aviso de cancelación de 3 días hábiles antes de la fecha programada de la cirugía, incurrirá en una tarifa de \$ 250. La cirugía no se reprogramará hasta que se pague.

\_\_\_\_\_ **FMLA / DISCAPACIDAD / REGISTROS MÉDICOS:** Hay un cargo de \$ 50 por completar los formularios de FMLA o discapacidad que deben ser completados por el proveedor. Las copias de los registros médicos están disponibles a un costo determinado por el estado de Arizona y un disco con archivos de rayos X cuesta \$ 12. Cada conjunto adicional de documentos también requerirá cargos adicionales.

\_\_\_\_\_ **COMPRAS OTC / EN EL CONSULTORIO:** Los productos no cubiertos por el seguro vendido sin receta en la recepción son responsabilidad del paciente y el efectivo se recogerá en el momento de la dispensación, que no es **reembolsable**. Esto incluye, pero no se limita a, artículos como cremas, soluciones, CBD, productos para el cuidado de heridas y plantillas no personalizadas.

**He leído y entiendo estas políticas financieras.**

Nombre del paciente (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma del paciente/parte responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN**

Debido a la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro médico de 1996 (HIPAA), su información médica privada se mantiene confidencial. Se nos permite hablar con sus médicos y compañías de seguros bajo esta póliza HIPAA, sin embargo, no podemos y no hablaremos con nadie más sobre su condición médica o tratamiento sin su permiso por escrito. Esto incluye información de citas y facturación. Imprima el nombre y la relación a continuación de cualquier persona con la que se nos permita discutir su condición médica o tratamiento, ya sea ahora o en el futuro. Siempre puede agregar, eliminar o actualizar esta lista por escrito en el futuro.

**NOMBRE/RELACIÓN DEL INDIVIDUO PUEDEMOS COMPARTIR SU INFORMACIÓN MÉDICA CON:**

NOMBRE

RELACIÓN/NÚMERO DE TELÉFONO

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PERMISO PARA TRATAR/DIVULGAR INFORMACIÓN/PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

1. Por la presente doy mi permiso a Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC para administrar tratamiento y realizar los procedimientos que se consideren necesarios en el diagnóstico y tratamiento de mi afección de las extremidades.
2. Por la presente, asigno a Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC los beneficios proporcionados por la póliza / pólizas de mi compañía de seguros para la atención médica y quirúrgica.
3. Por la presente acuso recibo del Aviso de Prácticas de Privacidad. Me han proporcionado una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad (disponible en el sitio web y publicado en la oficina) y he leído (o he tenido la oportunidad de leer si así lo decido) y entiendo el aviso.
4. Autorizo a Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC a llamarme para recordatorios / cambios de citas, seguimiento del tratamiento o cualquier problema pendiente con mi cuenta.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE/GUARDIANA SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE



NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

## **AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA EL SERVICIO DE PODOLOGÍA**

### **CESIÓN DE PRESTACIONES**

Para presentarnos un reclamo por servicios bajo su póliza, debemos tener su autorización para divulgar información médica a su operador. Como proveedor de participación en Medicare, los médicos y el personal de Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC aceptarán la asignación. A pesar de que los servicios pueden ser aprobados por su seguro, no hay garantía de pagos. De acuerdo con las Pautas de Medicare, el proveedor siempre aceptará la cantidad que Medicare apruebe con cargos excesivos que se facturarán a los proveedores secundarios, incluido Medigap si corresponde.

### **AUTORIZACIÓN DE MEDICARE**

Solicito que el pago de los beneficios autorizados se pueda hacer a Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC. Autorizo a cualquier titular de Información Médica a divulgar a la Administración de Financiamiento de atención Médica y sus agentes cualquier información necesaria para determinar estos beneficios o los beneficios pagaderos por servicios relacionados. Por la presente, autorizo a Medicare a proporcionar a Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC e información sobre reclamos de Medicare bajo el Título XVIII de la Ley del Seguro Social.

### **SEGURO PRIMARIO Y SUPLEMENTARIO**

Por la presente, autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para presentar un reclamo ante la compañía de seguros y asignar beneficios a los médicos y al personal de Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC. Esto incluye cualquier cobertura bajo Medigap.

Para pacientes con Medicare: Medicare realiza pagos solo después de que se haya satisfecho un deducible anual.

Para pacientes con Medicare y Medicaid: Medicaid no paga el monto del deducible anual de Medicare, esto se facturará al paciente o parte responsable.

Para pacientes con Medicaid: Medicaid no paga por este servicio.

Para pacientes con Preferred Senior Care: No se espera que Preferred Senior Care pague por este servicio. El paciente o la parte responsable acuerda pagar todos los cargos no cubiertos por Medicare, Medicaid, Medigap, VA u otro seguro. Medicaid no cubre los servicios de podología después de los 18 años, por lo tanto, todo Medicaid se cargará al paciente o parte responsable.

Se acuerda que la falta de pago de los cargos implica la interrupción de este servicio de podología.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PACIENTE (PADRE/GUARDIANA SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD)

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
IMPRIMIR NOMBRE



**ACUSE DE RECIBO**

**De**

**AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

Reconozco que me proporcionaron una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad de Arizona Foot & Ankle Specialists, LLC y que he leído o he tenido la oportunidad de leer (si así lo decido) y entiendo el Aviso.

---

PACIENTE NOMBRADO

---

---

PADRE O REPRESENTANTE AUTORIZADO (si corresponde)

---

FIRMA DEL PACIENTE

**RAZONES DE SU VISITA**

(Reasons for visit):

- dolor del tobillo (ankle pain)
- dolor del talón (heel pain)
- dolor del arco (arch pain)
- dolor en el metatarso del pie (pain in the ball of the foot)
- dolor del dedo (toe pain)
- dolor con un protuberancia (bump pain)
- juanete (bunion)
- fractura (fracture)
- lesión o daño (injury)
- dedos en martillo (hammertoe)
- uña encarnada (ingrown nail)
- uñas anormales (abnormal nails)
- hongos en las unas (fungal nails)
- pie con hongos, pie de atleta (Athlete's foot)
- picazón en los pies (itchy feet)
- mal olor de pies (foot odor)
- herida (wound)
- examen del pie diabético (diabetic foot exam)
- masa de tejido blando (soft tissue mass)
- lesión de la piel (skin lesion)
- verrugas (warts)
- callos y/o callosidades (corns and/or calluses)
- grietas en la piel (cracks in the skin)
- ardor del pie (burning)
- hormigueo del pie (tingling)
- entumecimiento del pie (numbness)
- Otra razón: \_\_\_\_\_

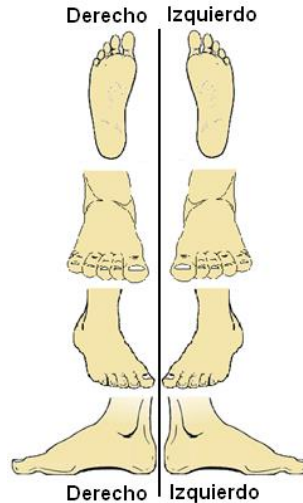
Cuál de las razones es lo más importante? \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas sólo corresponden a la razón más importante.

¿DONDE ESTA EL DOLOR?  
(marcar con una X, o circulo, si es posible)



- me duele todo en ambos lados (all over on both sides)
- me duele todo el lado derecho (all over on the right)
- me duele todo el lado izquierdo (all over on the left)

**DESCRIBIR EL DOLOR:**

- dolor agudo (Sharp pain)
- dolor punzante (shooting pain)
- dolor palpitante (throbbing pain)
- se irradia (radiating pain)
- dolor ensordecedor (dull pain)
- dolor constante (constant pain)
- dolor de vez en cuando (occasional pain, off and on)
- ardor (burning)
- hormigueo (tingling)
- entumecimiento (numbness)

**ESCALA DE DOLOR**

- 1  2  3  4  5  6  7  8  9  10

10 es el dolor lo más intenso que se puede imaginar

¿CUANDO OCURRE EL DOLOR EN SU PEOR MOMENTO?

- con puestos zapatos (with shoes)
- con presión directa (with direct pressure)
- no importa si con zapatos o descalzo (with or without shoes, with shoes or barefoot)
- descalzo (barefoot)
- mientras camino (while walking)
- mientras estoy de pie (while standing)
- mientras estoy sentado o de pie (while sitting or standing)
- con los primeros pasos fuera de la cama (with first steps out of bed)
- después de un largo día de pie (after a long day on my feet)

**OTROS DETALLES**

- el dolor empezó con una lesión (the pain started with an injury)

Fecha en que comenzó (día, mes, año) \_\_\_\_\_  
(date condition started)

La condición esta (the condition is)  peor (worse)  mejor (better)  lo mismo (the same)  
que cuando empezó. (as when it started)

- la condición empeoró gradualmente con el tiempo (the condition got worse gradually over time)

El dolor empeoró con (the condition got worse with):

- un trabajo nuevo (a new job)
- ejercicios nuevos (new exercises)

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**LISTA DE PROBLEMAS MÉDICOS:** (Marque las casillas para cualquiera de los problemas que tenga ahora o en el pasado).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia   | <input type="checkbox"/> Epilepsia (trastorno convulsivo)                      | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental  |
| <input type="checkbox"/> Artritis, Degenerativa   | <input type="checkbox"/> Fibromialgia  | <input type="checkbox"/> Esclerosis Múltiple  |
| <input type="checkbox"/> Artritis, de reumatoide  | <input type="checkbox"/> Gota  | <input type="checkbox"/> distrofia muscular   |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía Artificial   | <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco                                       | <input type="checkbox"/> En los últimos 6 meses <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica                                    |
| <input type="checkbox"/> Articulación artificial _____  | <input type="checkbox"/> Acidez estomacal (reflujo ácido)                      | <input type="checkbox"/> Posmenopausia  |
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca                                   | <input type="checkbox"/> Psoriasis  |
| <input type="checkbox"/> Autismo  | <input type="checkbox"/> Hemofilia   | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática   |
| <input type="checkbox"/> Ceguera  | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta / hipertensión                  | <input type="checkbox"/> ciática, que afecta el <input type="checkbox"/> lado derecho del lado <input type="checkbox"/> izquierdo |
| <input type="checkbox"/> Lesión cerebral / tumor / conmoción cerebral                                       | <input type="checkbox"/> Colesterol alto                                       | <input type="checkbox"/> de células falciformes <input type="checkbox"/> rasgo <input type="checkbox"/> enfermedad                |
| <input type="checkbox"/> Ubicación del cáncer: _____  | <input type="checkbox"/> HIV positivas   | <input type="checkbox"/> Úlceras de estómago  |
| <input type="checkbox"/> Pie de Charcot <input type="checkbox"/> derecha <input type="checkbox"/> izquierda | <input type="checkbox"/> Hiperglucemia "prediabética"                          | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular /  |
| accidente cardiovascular <input type="checkbox"/> AIT   | <input type="checkbox"/> Enfermedad de los dientes de Charcot Marie            | <input type="checkbox"/> Hipertiroides <input type="checkbox"/> Tuberculosis  |
| <input type="checkbox"/> Problemas circulatorios  | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo  | <input type="checkbox"/> Pérdida de visión <input type="checkbox"/> Contactos <input type="checkbox"/> Anteojos                   |
| <input type="checkbox"/> EPOC   | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> En diálisis | <input type="checkbox"/> Otros: _____   |
| <input type="checkbox"/> actual de la menopausia  | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (hepatitis)                       | _____   |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística  | <input type="checkbox"/> Dolor de espalda baja / Problemas                     | <input type="checkbox"/> Otros: _____   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> que requiere insulina                            | <input type="checkbox"/> Incidente pulmonar/enfermedad respiratoria            |   |

**MEDICAMENTOS Y DOSIS ACTUALES**

No se toman medicamentos actuales

Medicamentos	Dosis	Medicamentos	Dosis:
1) _____		6) _____	
2) _____		7) _____	
3) _____		8) _____	
4) _____		9) _____	
5) _____		10) _____	

**ALERGIAS/INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS:**

No hay alergias conocidas

- |   |   |                                  |                                  |  |
|---|---|----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Aspirina       | <input type="checkbox"/> Diario                 | <input type="checkbox"/> Yodo    | <input type="checkbox"/> Peanuts | <input type="checkbox"/> Algorías estacionales |
| <input type="checkbox"/> Cinta adhesiva | <input type="checkbox"/> Luyentes de sangre     | <input type="checkbox"/> Demerol | <input type="checkbox"/> LATEX   | <input type="checkbox"/> Penicilina            |
| <input type="checkbox"/> Codeína        | <input type="checkbox"/> de anestésicos locales | <input type="checkbox"/> Marisco | <input type="checkbox"/> Huevos  | <input type="checkbox"/> Other _____           |

**CIRUGÍAS/HOSPITALIZACIONES:**

Sin antecedentes de cirugías u hospitalizaciones

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sin cirugías previas de pie / tobillo   | <input type="checkbox"/> Cirugía de la vesícula biliar   | <input type="checkbox"/> Angioplastia/stent              | <input type="checkbox"/> Cirugía de                                 |
| espalda/columna vertebral  | <input type="checkbox"/> Amputación _____  | <input type="checkbox"/> Apendicectomía                  |   |
| <input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador  | <input type="checkbox"/> Transfusión de sangre   | <input type="checkbox"/> Neuroma                         | <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda |
| <input type="checkbox"/> Bypass gástrico   | <input type="checkbox"/> Cirugía de bypass cardíaco  | <input type="checkbox"/> Marcapasos                      |   |
| <input type="checkbox"/> Bunionectomía <input type="checkbox"/> Derecha <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> Cesárea   | <input type="checkbox"/> Reemplazo de válvulas cardíacas |   |
| <input type="checkbox"/> Amigdalectomía  | <input type="checkbox"/> Dedo del pie martillo <input type="checkbox"/> 2,3,4,5 Derecha <input type="checkbox"/> 2,3,4,5 Izquierda |  |   |
| <input type="checkbox"/> Bypass de extremidades inferiores   | <input type="checkbox"/> Histerectomía   | <input type="checkbox"/> Reemplazo articular: _____      |   |
| <input type="checkbox"/> Trasplante: _____   | <input type="checkbox"/> Quimioterapia/localización: _____   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Radiación/ubicación: _____  |  |  |   |

Estoy de acuerdo en que, hasta donde yo sé, la información anterior es completa y precisa.

Firma: \_\_\_\_\_ Heche: \_\_\_\_\_



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**HISTORIA SOCIAL:**

**Tabaquismo:** nunca fumar fumador actual ex fumadores: → ¿Cuándo dejaste de fumar?? \_\_\_\_\_

Si fuma(d), ¿cuántos años colectivamente ha fumado en su vida?? \_\_\_\_\_ Cuántos paquetes por día promedio? \_\_\_\_\_

Fumadores actuales: ¿Cuánto fuma?? fumador casual (menos de 1 cigarrillo/día) fumador ligero (1-9/día) fumador moderado (10-19 cigs/día) fumador empedernido (20-39 cigs/día) fumador empedernido fumador de pipa Mastica tabaco ex fumadores ¿Ha usado productos de tabaco sin humo?? Nunca Actualmente Anteriormente y dejar de fumar

**Alcohol:** ¿Ha bebido alcohol en el último año? Sí No → En caso afirmativo, entonces: ¿Con qué frecuencia tomó 6 o más bebidas en una ocasión en el último año? Nunca Menos de una vez al mes Mensual Semanal Diario/casi diario

¿Cuántas bebidas tomaste en un día típico cuando estabas bebiendo? 1-2 3-4 5-6 7-9 10 o más

¿Con qué frecuencia tomó una bebida que contenía alcohol en el último año? Nunca Mensual o menos 2-4 veces al mes 2-3 veces a la semana 4 o más veces a la semana

**Drogas:** ¿Has consumido alguna droga ilícita? No/Nunca Sí/Actualmente Sí/Anteriormente y dejar de fumar →

En caso afirmativo, entonces con qué frecuencia: Diario o casi diario Semanal Mensual → ¿Qué droga?

Marihuana Cocaína Crack Metanfetamina Heroína Otro \_\_\_\_\_

**Estado civil:** Soltero Casado Divorciado Viuda/Viudo Separado Cohabitación de solteros

Otro: \_\_\_\_\_

**Ocupación(es):** \_\_\_\_\_ ¿Cuántas horas al día estás de pie? \_\_\_\_\_

**Ejercicio:** ¿Haces ejercicio? No Sí → Nunca Mensual o menos 2-4 veces al mes 2-3 veces a la semana 4 o más veces a la semana → ¿Qué ejercicios y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

(Si es mujer) ¿Existe la posibilidad de que pueda estar embarazada? No Sí, hay una posibilidad Sí, estoy embarazada

**HISTORIA FAMILIAR:**

¿Tiene antecedentes familiares de:  Diabetes,  Type 1  Type 2  Cancer  Enfermedad cardíaca

Presión arterial alta  Golpe  Enfermedad de las arterias coronarias  Enfermedad de la tiroides

Artritis reumatoide  Otro: \_\_\_\_\_

**Por favor, llene esta sección si está cubierto por la COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, si no lo está, omita esta sección:**

Fecha del perjuicio: \_\_\_\_\_ Si recibe la compensación del trabajador, ¿tiene autorización para ver a uno de nuestros proveedores? Sí No (consulte la recepción) ¿Reclamación presentada? Sí No

Número de reclamación: \_\_\_\_\_ ¿Dónde se presentó la reclamación?? \_\_\_\_\_

Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_ Número de teléfono del ajustador: \_\_\_\_\_

Causa de la lesión: \_\_\_\_\_

**Estoy de acuerdo en que, hasta donde yo sé, la información anterior es completa y precisa.**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Heche:** \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

**Revisión de los sistemas de órganos:** (Marque NINGUNO si la condición a continuación no se aplica a usted, de lo contrario verifique solo los **SÍNTOMAS ACTUALES** que lo están afectando, escriba cualquier síntoma no listado en la página anterior)

**General/Constitucional**

- NUNCA
- Fiebre
- Escalofríos
- Náuseas
- Vómito
- Sudores nocturnos
- Debilidad

**Psicológico**

- NUNCA
- Ansiedad/Nerviosismo
- Depresión
- Pérdida de memoria

**Cabeza y cuello**

- NUNCA
- Migrañas/Dolores de cabeza
- Mareos/desmayos  al levantarse

**Ojos**

- NUNCA
- Pérdida de la visión  Degeneración macular
- Visión borrosa  Visión doble
- Gafas  Gafas de lectura  Contactos

**Oídos, nariz y garganta**

- NUNCA
- Pérdida de audición  Audífonos
- Pérdida de la voz
- Problema con la anestesia (por favor describa en la página anterior)

**Cardiovascular (Corazón y Circulación)**

- NUNCA
- Dolor en el pecho  con mayor actividad
- Latidos cardíacos irregulares (palpitaciones)
- Varices
- Dolor en las piernas o calambres por la noche\*\*
- Dolor en la pantorrilla de la pierna o calambres al caminar\*\*

**Respiratorio (Pulmones y Respiración)**

- NUNCA
- Dificultad para respirar
- Sibilancia
- Tos  Seco  Mojado  Productivo
- Opresión en el pecho
- Dificultad para dormir mientras se acuesta
- Usar un CPAP por la noche para dormir

**Gastrointestinal (estómago e intestinos)**

- NUNCA
- Acidez estomacal (reflujo ácido/ERGE)
- Úlceras estomacales
- Dolor abdominal

**Endocrino (páncreas, tiroides, hormonas, etc.)**

- NUNCA
- Sed excesiva
- Intolerancia al frío
- Cambio de peso inesperado +/- \_\_\_\_\_

**Genitourinario (Riñones y Reproducción)**

- NUNCA
- Micción frecuente \_\_\_\_ horarios por noche
- Dolor al orinar  Ardor al orinar
- Incontinencia
- Enfermedades de transmisión sexual \_\_\_\_\_

**Hematológico (Sangre y Sistema Linfático)**

- NUNCA
- Sangra fácilmente  en anticoagulantes
- Moretones fácilmente
- Anemia
- Hinchazón de las extremidades inferiores
- Derecha  Izquierda
- Rechazo las transfusiones de sangre

**Alérgico/Inmunológico (Inmunidad)**

- NUNCA
- Inmunodeficiencia (disminución de la respuesta inmune)
  - AIDS  Sobre la quimioterapia  Otro
- Alergias estacionales (rinitis alérgica)

**Alérgico/Inmunológico (Inmunidad)**

- Otras alergias alimentarias, farmacológicas o ambientales no mencionadas anteriormente (por favor escribalas en la página anterior)

**Neurológico (nervios y sensación)**

- NUNCA
- Accidente cerebrovascular / lesión cerebral
- Lesión de la médula espinal
- Dolor ciático  Derecha  Izquierda
- Síntomas nerviosos:  Arde
- Entumecimiento  Hormigueo
  - Alfileres y agujas  sentimientos óseos divertidos  Sensaciones eléctricas
- hipersensible
- Extremidad inferior  Derecha  Izquierda
- Otra ubicación \_\_\_\_\_

**Tegumentario (Piel y Uñas)**

- NUNCA
- Condición de la piel del pie ya descrita
- Pies sudorosos (hiperhidrosis)
- Rayas descoloridas en las uñas de los pies
- Lesión cutánea  Descolorido
- Ubicación: \_\_\_\_
  - haciéndose más grande  cambiar de forma
- Herida(s)  Ubicación: \_\_\_\_\_

**Musculoesquelético (huesos, articulaciones, músculos)**

- NUNCA
- Condición de pie/tobillo ya descrita
- Dolor en la extremidad
- Dolor en las articulaciones (consulte el sitio a continuación)
- Cirugía previa consulte el sitio continuación
- Articulación(es) artificial(es) (consulte el sitio a continuación)
- Rodilla derecha  Dolor  Cirugía previa
- Rodilla izquierda  Dolor  Cirugía previa
- Muslo derecho  Dolor  Cirugía previa
- Muslo izquierdo  Dolor  Cirugía previa
- Cadera derecha  Dolor  Cirugía previa
- Cadera izquierda  Dolor  Cirugía previa
- Espalda baja  Dolor  Cirugía previa

**Estoy de acuerdo en que, hasta donde yo sé, la información anterior es completa y precisa.**

Firma: \_\_\_\_\_

Heche: \_\_\_\_\_