



Fecha: _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sexo: M F Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado

SS#: _____ - _____ - _____ E-mail: _____

Nombre de Esposo(a): _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tel #: _____ - _____ - _____ Celular: _____ - _____ - _____ Otro #: _____ - _____ - _____

Seguro Médico Primario: _____

Información:

Nombre De Asegurado: _____ Relación al Asegurado: _____

Número de Seguro: _____ Número de Grupo: _____

Seguro Médico Secundario: _____

Información:

Nombre De Asegurado: _____ Relación al Asegurado: _____

Número de Seguro: _____ Número de Grupo: _____

¿Como se enteró de nuestra clínica?

Médico Internet Radio Familiar Amistad

Otro: _____

Cuál es la razón de su visita? _____

Hace cuánto le molesta? _____ Días _____ Semanas _____ Meses _____ Años

¿Que tratamientos ha tratado que le ha ayudado? _____

¿En una escala del 1-10 (1 siendo sin dolor y 10 siendo el peor dolor) cuál es su nivel de dolor? _____/10

La calidad del dolor es: Leve Moderado Severo



HISTORIAL MÉDICO

Problemas Médicos Corrientes: _____

¿Está embarazada? ____ Sí ____ No ¿Lactando? ____ Sí ____ No

Historial Quirúrgico ____ Nunca he tenido cirugía

Historial Social

Bebe alcohol? ____ Sí, todos los días ____ Sí, ocasionalmente ____ No

Usa drogas recreacionales (ilícitas) ____ Sí; especifique: _____

____ Fumador Corriente ____ Fumador Ocasional ____ Nunca ha fumado ____ Ex-Fumador

Medicamentos Corrientes ____ Ninguno

Nombre: _____ Dosis _____ Nombre: _____ Dosis _____

Nombre: _____ Dosis _____ Nombre: _____ Dosis _____

Nombre: _____ Dosis _____ Nombre: _____ Dosis _____

Alergias: ____ Ninguna

____ Penicilina ____ Crustáceos ____ Sulfa ____ Cinta Adhesiva ____ Plata ____ Ibuprofeno ____ Látex

____ Aspirina ____ Betadina (*iodo*) ____ Tylenol ____ Codeína Otra: _____

Reacción: (*especifique*): _____

Historial Familiar: Hay algún antecedente familiar (pariente) de: (marque todas las que correspondan)

Alzheimer ____ Cáncer ____ Diabetes ____ Problemas Sangrando ____ Artritis ____
Coágulos de Sangre ____ Problemas de circulación ____ Enfermedad de Corazón ____ Hipertensión ____

Nombre de su Farmacia: _____ **Carretera:** _____

Médico de Atención Primaria: _____



Preferencias Para La Información Privada

Podemos enviar correo a la dirección postal de su archivo? Yes No

Podemos llamar al teléfono de su archivo? Yes No

Podemos dejar mensajes en su contestador automático? Yes No

Con quien podemos dejar mensajes? _____

POR FAVOR LEA Y FIRME: La información en el formulario de admisión es correcta al mejor de mi conocimiento. Entiendo que a lo largo de mi tratamiento, yo soy responsable de notificar al médico y/o el personal médico de todos los cambios a la información que aparece arriba. (Asignación de Beneficios): Yo autorizo el pago de beneficios médicos a la práctica American Foot & Ankle Clinic of Tampa Bay. (Divulgación de Información): Autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para procesar este reclamo. (Acta de Privacidad de HIPAA): Reconozco que he recibido mis Prácticas de Privacidad de HIPAA. (Historial Médico): Autorizo a la oficina del médico a recuperar mi historial de médico.

Nombre del Paciente: _____

Fecha: _____

Firma del Paciente: _____